

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 10

Contribution à l'Étude

DES

PSYCHONÉVROSES TRAUMATIQUES

CONSÉCUTIVES AUX

ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 Novembre 1908

PAR

GASTON MINGUET

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 24 novembre 1884 à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)



VILLEURBANNE

IMPRIMERIE P. COLOMBIER

8, Rue des Maisons-Neuves, 8

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 10

Contribution à l'Étude

DES

PSYCHONÉVROSES TRAUMATIQUES

CONSÉCUTIVES AUX

ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 Novembre 1908

PAR

GASTON MINGUET

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 24 novembre 1884 à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)



VILLEURBANNE

IMPRIMERIE P. COLOMBIER

8, Rue des Maisons-Neuves, 8

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT.	ASSESEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS.
Physique médicale.	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	}	POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.		X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	}	HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	}	BEAUVISAGE
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique.	}	MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.	}	COLLET.
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND.	—
Hygiène administrative.	LESIEUR,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (Et.).	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON	LATARJET Ch....
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	BÉRIEL Ch.
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. BÉRARD et Et. MARTIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LACASSAGNE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A L'UNIVERSITÉ DE LYON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Professeur Agrégé

Étienne MARTIN

CHEF DES TRAVAUX DE MÉDECINE LÉGALE

PRÉFACE

Pendant les deux années que nous avons passées au laboratoire de médecine légale, il nous a été permis d'examiner un grand nombre d'accidents du travail. Nous avons été frappé de voir avec quelle fréquence les névropathies venaient compliquer les traumatismes. M. le professeur agrégé Etienne Martin nous a présenté un certain nombre de ces malades et nous a fait part des particularités qu'il avait relevées chez eux. En présence de l'intérêt clinique que présentaient ces accidentés du travail et des difficultés médico-légales qu'ils soulevaient, nous avons, sur les conseils de M. le docteur Etienne Martin, entrepris ce travail.

Qu'il nous soit permis, tout d'abord, d'exprimer à M. le professeur Lacassagne toute notre reconnaissance. Il nous a admis pendant deux ans dans son laboratoire. Nous n'oublierons jamais le charme de ses causeries, et de ses leçons magistrales. Il nous a fait aimer cette branche si intéressante de la médecine

qu'est la médecine légale. Aujourd'hui, il nous fait le grand honneur de présider notre thèse. Nous le prions de croire que nous saurons toujours nous montrer le digne élève d'un tel maître.

M. le professeur agrégé Etienne Martin nous a inspiré le sujet de ce travail. Il ne nous a ménagé ni ses conseils ni ses encouragements. Nous sommes heureux de le remercier aujourd'hui de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions également M. le professeur Lannois qui nous a si aimablement accueilli dans son service de maladies nerveuses.

INTRODUCTION

La loi du 9 avril 1898 a eu pour but de fixer dans quelles conditions l'ouvrier, victime d'un accident du travail, devait être indemnisé par son patron. De même qu'il est naturel que le patron fasse à ses frais les réparations du matériel qu'il emploie, de même, il est aussi naturel qu'il soit responsable des accidents subis par les ouvriers à son service.

L'ouvrier devient, comme on l'a dit, un matériel humain. Le patron qui l'emploie doit se charger des soins dont il a besoin, doit l'indemniser d'une façon permanente si, du fait de l'accident survenu pendant le travail, la valeur professionnelle de l'ouvrier se trouve amoindrie.

Le rôle du médecin expert est d'évaluer précisément le dommage causé à l'ouvrier, de fixer dans quelle proportion se trouve diminuée sa valeur professionnelle. Cette évaluation est facile dans la grande majorité des cas, à tel point qu'on a pu établir des tables où sont fixées à l'avance les indemnités

que le patron doit accorder à l'ouvrier victime d'un accident du travail.

Mais, souvent, le médecin expert peut se trouver embarrassé, soit qu'il s'agisse de cas où il est délicat de faire la distinction entre ce qui ressort du traumatisme et ce qui appartient à l'état morbide antérieur du malade, par exemple dans la tuberculose traumatique, soit qu'il ait de la difficulté à établir son pronostic, soit qu'il ait à déjouer la simulation ou à faire la part de l'exagération. Dans tous ces cas, le patron ou la Compagnie d'assurances ne manquera pas d'accuser le médecin expert s'il trouve que, du fait de son rapport, il a été lésé dans ses intérêts.

Ce n'est que par un examen complet et sagement conduit, par des conclusions prudentes et réservées s'il est nécessaire, que l'expert pourra se mettre à l'abri de pareilles accusations.

Il est un cas où le rôle de l'expert est particulièrement délicat, c'est quand il se trouve en présence de ces phénomènes nerveux post-traumatiques, ne répondant à aucune lésion anatomique, ayant une symptomatologie diffuse et complexe, rattachés, par la majorité des auteurs, à l'hystérie, dont quelques-uns font une névrose spéciale.

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici si ces troubles nerveux sont, ou ne sont pas de l'hystérie. Depuis Charcot, on a longuement discuté cette question : Charcot avait décrit l'hystérie traumatique. Les Allemands furent dissidents et Oppenheim créa la névrose spéciale traumatique. Ce qui est certain, c'est que cette affection rentre dans le cadre des

névroses, en ce sens qu'elle ne repose sur aucun substratum anatomique connu. Il n'est pas douteux que cette névrose ressemble beaucoup, par certains côtés, à l'hystérie. On observe les mêmes troubles sensitifs, les mêmes troubles moteurs et sensoriels que dans l'hystérie. Mais ce qu'on observe constamment aussi, et avec une bien plus grande intensité que dans l'hystérie, ce sont des phénomènes nerveux centraux, de véritables troubles du psychisme qui suffisent à faire rentrer cette affection dans la grande classe des psychoses. On rencontrera chez ces malades de la stupeur, de la mélancolie, des changements de caractère. On constatera des troubles de la mémoire, de la perte de la volonté, de l'affaiblissement, en un mot, de toutes leurs facultés intellectuelles. C'est pour cette raison que nous trouvons insuffisante cette dénomination de névrose traumatique qu'on emploie couramment. Nous appellerons ces troubles, comme l'ont fait certains auteurs, psychonévroses traumatiques, pour bien montrer l'importance des phénomènes psychiques qui se trouvent toujours associés aux phénomènes nerveux.

Nous essaierons de tracer un tableau clinique de ces psychonévroses en nous basant sur les cas que nous avons observés avec M. le Dr Etienne Martin.

Nous nous contenterons d'exposer les phénomènes dont nous avons été témoins, sans aborder un problème aussi délicat que celui de la nature de ces phénomènes.

Nous rechercherons les conditions étiologiques de

ces psychonévroses, les raisons de leur plus grande fréquence depuis la loi de 1898.

Puis nous indiquerons comment après avoir fermement établi son diagnostic, le médecin expert peut poser son pronostic, de quelle façon il doit présenter ses conclusions et évaluer l'indemnité à accorder à l'accidenté.

Nous nous appliquerons donc surtout à étudier le côté médico-légal de la question, à tracer la ligne de conduite que doit suivre, à notre avis, le médecin-expert en présence de cas aussi embarrassants.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie

L'hystérie a une symptomatologie des plus diffuse. « C'est, a dit Sydenham, un véritable Protée qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon ». L'hystérique peut présenter, en effet, les symptômes les plus bizarres, peut réaliser des syndromes parfaits qui, bien souvent, induisent le médecin en erreur en lui faisant poser un diagnostic de maladie organique et qui lui réservent de désagréables surprises.

Cette même symptomatologie si complexe, si variée, nous la retrouvons dans les psychonévroses traumatiques. Chez ces malades, on peut s'attendre à tout et on ne doit s'étonner de rien. Nous n'avons pas l'intention d'énumérer ici tous les symptômes qui ont été signalés dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour. La liste en serait longue et forcément incomplète, car, demain, de nouveaux

malades présenteraient des symptômes nouveaux. Mais, au milieu de tout ce chaos, il est certains signes qu'on retrouve dans la plupart des cas, qui pourront être d'une grande utilité pour établir le diagnostic.

Nous distinguerons des troubles psychiques, les plus constants dans les cas qui nous occupent, et des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et viscéraux qui sont ceux qu'on trouve à chaque instant chez les hystériques.

Troubles psychiques. — Presque toujours le malade se plaint d'une céphalée assez vive, qui apparaît souvent de suite après son accident, quelquefois au bout de quelques jours. Elle peut être continue, mais plus fréquemment le malade présente de véritables accès de céphalée, survenant plusieurs fois par jour, et provoqués par un excès, même très léger, de boisson ou de nourriture, par la fatigue intellectuelle, par un effort quelconque, même par l'examen du médecin. En même temps peut apparaître une sensation d'étourdissement, une sorte de vertige qui ordinairement n'entraîne pas une chute. Vibert a bien décrit cet accès : « Sa vue se brouille, s'obscurcit, ne laisse plus apercevoir les objets que confusément. En même temps, le sujet éprouve un mal de tête très violent, et souvent des bourdonnements d'oreilles, ses idées deviennent peu nettes, et surtout il ressent un malaise général qu'il ne peut définir, mais qui est extrêmement pénible. » Il résulte de cet état que le malade ne peut se livrer à aucun travail. Il ne peut conserver son attention soutenue

sans éprouver de la fatigue, sans voir apparaître ces accès de céphalée et d'étourdissement

La nuit, le malade ne dort pas ou, s'il dort, son sommeil est troublé par de terrifiants cauchemars. Il revoit constamment les circonstances qui ont accompagné son accident. Si c'est une victime d'accident de chemin de fer, il rêve à des déraillements épouvantables. Il assiste à des incendies terribles, il fait des chutes prodigieuses, il reçoit de violentes décharges électriques, mais toujours ses cauchemars se rapportent à son accident. Il y a des formes graves où cette insomnie contre laquelle la thérapeutique est impuissante, devient un véritable supplice.

A ces troubles qui effrayent le blessé, s'en ajoute un autre qui l'impressionne aussi beaucoup, c'est la diminution de la mémoire. Tantôt le malade oublie tout ce qui a trait à son accident ou tout ce qui s'est passé depuis, tantôt il oublie même ce qui s'est passé dans une période plus ou moins longue antérieure à l'accident. C'est ce que M. Azam a appelé l'amnésie rétrograde d'origine traumatique. Cette amnésie a ceci de particulier qu'elle existe pour certains faits et non pour d'autres. Le malade a une mémoire « à lacunes, à trous » comme l'appelle Vibert. C'est là un symptôme qui fait rarement défaut et qui est une des caractéristiques de la névrose traumatique.

En même temps que la mémoire, la volonté est aussi considérablement affaiblie. Le malade ne veut rien entreprendre, ne veut prendre aucune décision.

Si l'on interroge l'entourage de ce malade, on apprendra qu'il s'est produit des modifications profondes dans son caractère. Il est devenu triste, mélancolique, émotif. Il se plaint de tout, ne trouve rien à son goût. Il est irascible et insociable. Souvent il a une idée fixe : c'est l'inquiétude que lui donne son état. Il ne croit pas qu'il puisse guérir et il se demande comment il pourra gagner sa vie à l'avenir, si on ne lui donne pas une indemnité suffisante.

Et, dans cet état d'esprit, le blessé se refuse au plus petit effort. Il ne veut pas se décider à faire, au prix d'un peu de douleur ou de fatigue, le moindre essai de reprise du travail. Car il ne veut pas guérir dans la crainte de ne pas toucher la rente ou le petit capital auxquels il croit avoir droit, convaincu que sa blessure lui donne droit à des dommages-intérêts. Or la guérison, c'est l'évanouissement de ses espérances. Il est hanté par cette idée qui absorbe toute son activité psychique et va même, selon l'expression de M. Brissaud, « jusqu'à briser les ressorts de son activité physique ». Cet état spécial, dont l'ouvrier n'est nullement responsable, cette mentalité morbide constitue ce que M. Brissaud a appelé la sinistrose « psychose d'occasion et le plus souvent peu sévère, mais psychose funeste au travail et, par exception, grave dans ses extrêmes conséquences. » Mais, l'obsession de la sinistrose disparaît avec la cause qui la fait naître. Nous verrons, en traitant du pronostic, qu'on ne peut, dans la majorité des cas, espérer la guérison qu'en réglant définitivement la situation du blessé.

Ces troubles psychiques peuvent être, dans quelques cas, plus rares, beaucoup plus graves. On a signalé des cas très curieux d'automatisme ambulateur. Vibert raconte comment un homme, victime d'un accident de chemin de fer, se mit à fuir dans une sorte de stupeur, de demi-conscience, avec cette seule idée fixe : celle de gagner Paris.

Enfin, il arrive que, chez ces malades, on voit apparaître des troubles mentaux graves, du type dépressif en général : mélancolie anxieuse, délire de persécution, mélancolie-suicide. Nous en avons des exemples dans la thèse que Guironnet soutint à Lyon l'année dernière.

Troubles moteurs. — On peut rencontrer, dans les psychonévroses traumatiques, toutes les variétés de troubles moteurs qu'on observe dans l'hystérie.

Tantôt il y a une simple diminution de la force musculaire ; c'est l'amyosthénie qui peut être généralisée ou hémilatérale ou limitée à un membre ou à un segment de membre.

Tantôt il y a de la parésie ou même une paralysie complète fréquemment accompagnée de contracture. La paralysie faciale est exceptionnelle. Le plus souvent, d'après MM. Brissaud et Marie, il s'agit d'un hémispasme glosso-labié qui en impose pour une paralysie.

Les muscles du cou et du tronc peuvent être contracturés, déterminant soit un torticolis soit une scoliose ou une cypho-scoliose.

Mais ce qu'on observe surtout, ce sont les para-

lysies des membres : hémiplégie, paraplégie, monoplégie, quadriplégie. On peut observer tous les degrés et toutes les formes. Cette paralysie peut être flasque : la démarche du malade est alors caractéristique : il marche en traînant son pied. Selon l'expression de Todd, « le pied balaye le sol. » — Elle peut s'accompagner de contracture, mais sans jamais de trépidation épileptoïde réelle.

Quelquefois, le malade présente, du côté paralysé, des tremblements à grandes oscillations.

Presque toujours il y a des troubles de la sensibilité superposés à la paralysie, soit de l'anesthésie, soit de l'hyperesthésie.

La superposition à l'hémiplégie d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, avec perte du sens musculaire, est fréquente.

Dans quelques cas rares, on a observé une contracture généralisée, sous forme paroxystique : c'est ce qui constitue la tétanie.

Il y a une forme spéciale de paraplégie, rendant impossible la station verticale et la marche normale. C'est l'astisie-abasie. M. le médecin-major Schneider a publié, il y a quelques années, dans la *Revue de Médecine*, un très joli cas d'astisie-abasie post-traumatique.

Parmi les troubles moteurs, il faut citer les tremblements. Là encore, on peut observer tous les degrés, depuis le tremblement léger, ignoré du malade, qu'on démasque en lui faisant étendre la main jusqu'aux tremblements les plus intenses, qui enlèvent complètement au malade l'usage de ses

membres. Ces tremblements peuvent présenter des oscillations très rapides : tremblements vibratoires, ou bien un rythme lent : 4 à 5 oscillations par minute.

Troubles sensitifs. — Il n'est pas un névropathe examiné avec soin qui ne présente quelque trouble de la sensibilité. Il peut avoir une simple diminution de la sensibilité, c'est de l'analgésie ; ou bien la sensibilité est complètement abolie : c'est ce qui constitue ce symptôme l'anesthésie, qui semblait si étrange au moyen âge, qu'on avait appelé les anesthésies *stigmata diaboli*, et qu'on envoyait au bûcher le malheureux qui, du fait qu'il était reconnu anesthésique, était considéré comme possédé par le diable.

Les anesthésies présentent, aussi, bien des variétés et bien des degrés : la sensibilité au tact peut, seule, avoir disparu, ou bien c'est la sensibilité à la douleur qui n'existe plus et on peut enfoncer une épingle dans les tissus du malade sans qu'il s'en aperçoive. On peut constater la disparition de la sensation de pression, la thermo-anesthésie, l'électro-anesthésie. Les sensibilités spéciales, telles que la sensibilité musculaire, la sensibilité articulaire, la sensibilité des troncs nerveux peuvent ne plus exister, et on doit les explorer systématiquement.

L'anesthésie peut être généralisée : c'est très rare. Elle est ordinairement localisée, hémilatérale ou en îlots, ou bien limitée à des territoires circonscrits : on a des anesthésies en gant, en manchette, en botte, en manche de veste.

Cette anesthésie, à l'inverse de l'anesthésie organique, qui est fixe, peut se déplacer, peut être modifiée par les émotions, la suggestion, l'électrisation. Elle laisse persister les réflexes cutanés. Elle ne gêne pas le malade et ne l'empêche pas d'accomplir les mouvements les plus délicats. C'est pour ces raisons qu'on a si souvent accusé de simulation les malades présentant des phénomènes aussi discordants.

Quelquefois, on peut constater, au niveau d'une zone d'anesthésie, un certain abaissement de la température.

On a constaté, depuis longtemps déjà, mais sans pouvoir expliquer bien clairement ce phénomène, que l'épingle, enfoncée profondément dans les téguments anesthésiés, ne provoquait aucun suintement sanguin.

Au lieu de trouver une sensibilité diminuée ou abolie, on peut trouver une sensibilité exaltée ; c'est ce qui constitue l'hyperesthésie ; la pique, ou même le simple frôlement de la région hyperesthésiée provoque une douleur très vive.

L'hyperesthésie, tant au point de vue de son intensité, qu'au point de vue de ses localisations, présente les mêmes variétés que l'anesthésie. Très souvent, on trouve des zones d'hyperesthésie dont la pression provoque une véritable crise ; ce sont les zones hystérogènes décrites par Charcot, qui peuvent exister partout, mais qu'on trouve, le plus souvent, au niveau de la région ovarienne, au niveau de la région mammaire, le long de la colonne vertébrale, sur le sommet de la tête (clou de Sydenham).

En recherchant les troubles de la sensibilité chez un certain nombre d'accidentés du travail, atteints de psychonévrose traumatique et présentant une sensibilité considérablement émoussée, M. le Dr Etienne Martin, a constaté que, dans la grande majorité des cas, ces malades font des erreurs de localisation considérables. Nous avons nous même, avec M. Etienne Martin constaté souvent ce fait et on en trouvera de nombreux exemples dans les observations que nous publions. Voici comment nous procédons : Nous touchons un certain point du tégument de notre malade avec la tête d'une épingle que nous avons préalablement trempée dans l'encre. Puis nous demandons au malade de mettre le doigt sur le point où nous l'avons touché : si le malade présente déjà de l'hypoesthésie, nous piquons l'épingle dans les téguments et nous la laissons en place.

Nous avons ainsi étudié la sensation de localisation chez les normaux. Les erreurs de localisation sont presque la règle. Pour un sujet qui aura une sensibilité assez fine pour repérer exactement le point où il a été touché ou piqué, on en trouvera dix qui se tromperont. On comprend sans peine qu'il soit difficile de localiser exactement une sensation aussi fugitive que celle produite par le contact d'une tête d'épingle. Il faut tenir compte aussi du temps qui s'écoule entre le moment où la sensation est perçue et celui où on demande au sujet de localiser cette sensation. Les erreurs de localisation seront d'autant plus grandes que ce temps sera plus long. Dans ces conditions, nous avons constaté que

le sujet normal peut se tromper de trois centimètres, de cinq quelquefois. Jamais il ne fera des erreurs aussi considérables et aussi constantes que celles que nous avons observées chez nos malades.

Chez les hémiplegiques organiques qui ont des troubles de la sensibilité, qui présentent de l'hypoesthésie, nous avons constaté, que très souvent, cette faculté de localisation des sensations était émoussée. Les malades sentent la piqure, mais, quand on leur demande de désigner l'endroit où ils ont été piqués, ils montrent vaguement la région d'où est partie la sensation. Ils ont conscience de la difficulté qu'ils ont à localiser cette sensation, Dans les cas que nous avons observés, au contraire, le malade n'hésite pas. Il se trompe grossièrement, mais il indique fermement le point où il a crû sentir la piqure ou le tact.

Nous recherchons d'abord la localisation des sensations tactiles, puis celles des sensations douloureuses. Nous avons constaté des erreurs plus considérables pour le tact que pour la piqure. Le malade ne commet ces erreurs que du côté où il présente des troubles moteurs, sensitifs ou sensoriels. Dans la deuxième observation que nous publions, nous avons constaté des erreurs de localisation de dix ou quinze centimètres, et nous avons remarqué que la distance qui séparait le point où nous avons touché le malade de celui où il localisait la sensation, était toujours le même pour une même région. Cette distance variait un peu d'une région à l'autre, au bras et au tronc par exemple, mais, pour une région

donnée, elle était sensiblement fixe. Nous avons pu aussi observer que l'erreur se fait toujours dans la même direction. Un de nos malades, dont nous publions aussi l'observation, présentant une hémiplegie avec contracture, sentait bien la piquûre du côté du thorax où il était paralysé, mais il la localisait du côté sain, au même niveau. Si on le piquait à l'avant-bras, c'est au bras qu'il localisait la piquûre, si on le piquait à la jambe, c'est à la cuisse qu'il portait son doigt.

Ce phénomène était connu déjà. MM. Pitres et Vaillard le signalent dans leur article sur l'anesthésie, *in* Brouardel et Gilbert. M. Gilles de la Tourette, dans son article sur l'hystérie, du même ouvrage, insiste un peu plus : « Les anesthésies hystériques, dit-il, lorsqu'elles se compliquent, ce qui est fréquent, entraînent avec elles la disparition de la localisation des sensations. » La plupart des autres auteurs qui ont étudié cette question des anesthésies chez les névropathes ne signalent même pas ces erreurs de localisation.

Or, c'est là, à notre avis, un signe important des psychonévroses traumatiques, qu'on doit rechercher systématiquement. Il pourra, dans quelques cas, éclairer le diagnostic. Il pourra, s'il est très net, si le sujet se trompe toujours de la même distance, écarter les soupçons de simulation, car il est impossible à un sujet, même exercé, de simuler un pareil phénomène.

Il faudra rechercher ces troubles complètement dès la première visite, car il faut savoir que l'éduca-

tion se fait vite et souvent, après quelques examens, le sujet présente des erreurs de localisation moins nettes..

Voici quatre observations de malades atteints de psychonévrose traumatique et chez lesquels nous avons constaté des erreurs de localisation indiscutables.

OBSERVATION I.

A... , ferblantier, 33 ans, victime d'un accident du travail survenu il y a 6 mois. Il travaillait sur une terrasse à une hauteur de 11 mètres. Il glissa et tomba sur le sol. Il perdit connaissance et resta deux jours dans cet état. Il s'était fait, dans sa chute, des fractures de côtes. Il était complètement paralysé, du côté gauche, mais sans contracture. Il ne pouvait pas prononcer une parole : il était complètement muet. Il ne voyait rien de l'œil gauche, n'entendait rien de l'oreille du même côté. Il fut soigné à l'hôpital où il resta 4 mois.

Il est depuis deux mois dans ce service, où il est soigné aux rayons X. Son état s'est bien amélioré : il parle maintenant avec un peu de difficulté peut-être, mais d'une façon très compréhensible. Il commence à faire quelques mouvements.

Le malade comprend bien tout ce qu'on lui demande. Il répond en donnant beaucoup de détails sur son accident, sur ses infirmités.

Il accuse une céphalée violente, existant surtout la nuit et le matin, survenant sous forme de crises. Son caractère s'est, paraît-il, considérablement modifié. Il est triste, songeur, mais il nous dit bien que, maintenant qu'il voit l'amélioration commencée, il est beaucoup moins « ennuyé » qu'il y a quelques mois, il n'a plus les idées noires qu'il avait. Cependant, il ne dort presque pas, à cause de ses crises de céphalée

qui sont surtout nocturnes, et aussi parce qu'il ressent « des tiraillements dans ses nerfs de son côté gauche. » Le malade accuse des troubles considérables de la mémoire depuis son accident : il ne sait pas bien dans quelle année on est ; il ne sait pas la date de sa naissance.

A l'examen, le malade a un bon état général. Il est même quelque peu obèse. Il a l'avant-bras fléchi en angle obtus sur le bras, les doigts fléchis dans la main, formant une sorte de griffe. La jambe est en extension.

Il fait quelques mouvements avec les doigts, mais il ne peut pas fermer le poing. Il fait de très légers mouvements de l'avant-bras et du bras qu'il peut soulever un peu en faisant de violents efforts, comme s'il s'agissait d'un poids énorme. Il remue un peu les orteils. Il essaye de soulever son membre inférieur, mais sans arriver à détacher son talon du plan du lit.

Les mouvements passifs sont limités par une contracture qui est plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Le réflexe rotulien est brusque.

Pas de trépidation épileptoïde — pas de clonus de la rotule.

Le malade se lève, il sort le membre paralysé du lit, en le soulevant avec sa main droite. Il marche avec une béquille. Il s'incline du côté sain en s'appuyant sur sa béquille, il ne marche que sur la pointe du pied gauche qu'il soulève à peine du sol, mais sans faucher.

Le malade présente de tout le côté gauche une hémianesthésie au tact bien limitée par la ligne médiane du corps. Il ne sent pas non plus la piqure légère, mais, si on insiste un peu, en enfonçant assez profondément l'épingle, il dit sentir un peu, mais sans accuser de douleur. *Si nous laissons l'épingle plantée dans les téguments, et s'il continue à fermer les yeux, nous remarquons qu'il se trompe grossièrement pour localiser la piqure qu'il a perçue. Piqué au niveau de l'hémi-thorax gauche il va indiquer un point à droite à peu*

près au même niveau où il dit avoir perçu la sensation. Si on le pique à la jambe, c'est la cuisse qu'il montre, si on le pique à l'avant-bras, il montre le bras où l'épaule.

Les sensations de chaud ou de froid ne sont pas perçues.

La sensibilité musculaire profonde existe, mais est diminuée.

Pas de réflexe crémastérien, pas de réflexe abdominal. Le réflexe plantaire se fait en extension. Les réflexes cornéen et pharyngien existent.

Le malade se plaint de ne pas voir clair de l'œil gauche. Si on lui fait fermer l'œil droit, il est incapable de compter les doigts. « Il ne voit qu'un brouillard », nous dit-il. La notion du relief est conservée. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Le champ visuel est très rétréci, surtout du côté gauche. Il est régulier. Il reconnaît les couleurs.

Il n'entend pas avec l'oreille gauche le tic-tac de la montre; si on place la montre sur le sommet de la tête, il l'entend, mais uniquement avec l'oreille droite.

Il ne sent pas les odeurs avec la narine gauche.

Si on lui place un peu de sel sur la moitié gauche de la langue, il ne perçoit pas la saveur salée.

Il se plaint de douleurs dans la région du cœur. Il a des palpitations quelquefois. Il est facilement essoufflé. Son cœur ne présente aucune trace de lésion. Son pouls est à 90.

Il a de l'anorexie. La digestion est difficile, s'accompagne de douleurs au niveau de l'estomac, d'aigreurs.

Malgré cela l'état général est excellent.

.
Quinze jours après, soit parce qu'on lui a assuré qu'il aura une pension, soit parce qu'il a eu peur de la trépanation dont on l'a menacé, il présente une notable amélioration; les mouvements reviennent. Il compte les doigts avec l'œil gauche. Il entend la montre à 20 centimètres de son oreille gauche.

OBSERVATION II

B..., 30 ans, mineur.

Au moment où passait un cheval emballé attelé à un camion, il essaya d'arrêter le cheval. Il reçut un violent coup de pied de l'animal dans les reins et aurait été projeté à 1 m. 50 de hauteur. Il perdit connaissance pendant plus de vingt minutes. Il resta vingt-sept jours au lit. Depuis il put reprendre ses occupations. Il accuse des douleurs dans les reins, de la perte des forces, de l'impossibilité de soulever un fardeau.

Avant l'accident, cet homme était très bien portant. Il n'a eu aucune maladie grave dans l'enfance, son père et sa mère sont vivants. Il ne ferait pas d'excès de boisson.

Actuellement, l'état général semble bon. Il a un certain degré d'adipose. Mais, à l'examen, on est frappé de l'état de dépression physique et mentale de cet homme. Tout ce dont il se plaint, c'est d'une perte de la force musculaire qu'il traduit de la façon suivante: « Avant l'accident, je pouvais sans difficulté aucune, encaver une pièce de vin... ».

Lorsqu'on veut lui faire ramasser un objet à terre et que le tronc est fléchi, il a de la peine à se relever. Si on lui fait serrer la main du côté droit, la force musculaire est insignifiante. Du côté gauche, elle est plus marquée. Même observation aux membres inférieurs. Il existe donc du côté droit du corps une perte très nette de la force musculaire. Du côté de la face, il y a une certaine dissociation de la physionomie.

L'étude de la sensibilité et des réflexes montre qu'il existe des troubles sensoriels avec diminution de l'ouïe du côté droit, perte du réflexe cornéen et pharyngien, sans rétrécissement bien apparent du champ visuel. Il existe de l'hyperesthésie au tact, une perte très nette de la sensibilité douloureuse (*On observe des erreurs de localisation de la piqure sur toute la partie droite du corps. Après lui avoir*

bandé les yeux, si on le pique en un certain point, et si on lui dit de mettre le doigt à l'endroit où il a été piqué, il montre un point quelconque, toujours assez éloigné du siège de la piqûre).

Les réflexes cutanés sont conservés. Les réflexes rotuliens exagérés, plus à gauche qu'à droite. Pas de troubles des sphincters. Pas de tremblement, mais une tachycardie qui dure, pendant tout notre examen, entre 118 et 120.

Dermographisme.

Le sommeil est agité. Il a des cauchemars. Son caractère est modifié. Il est très émotionnable et se fâche facilement.

Il a été accordé à B... une indemnité permanente partielle.

OBSERVATION III

C..., 22 ans, terrassier au chemin de fer, a été victime d'un accident ayant entraîné une fracture de jambe.

1^o C... a été examiné au mois de juillet 1905 par le Dr D... nommé expert par le Tribunal Civil de Lyon. Ce chirurgien conclut : « Faisant état uniquement des signes objectifs relevés par notre examen, nous considérons que l'état anatomique de cette jambe entraîne une incapacité permanente et partielle que nous évaluons à dix pour cent environ de la capacité totale de travail. Nous renonçons d'autre part à évaluer les troubles fonctionnels exposés par C..., troubles qui ne reposent que sur les affirmations de ce blessé. »

Nos deux nouveaux examens nous ont permis de mettre en évidence un état général qui explique très bien l'état de paralysie persistant et les douleurs accusées par le blessé au niveau du membre traumatisé. Toutes ces particularités avaient passé inaperçues à notre premier examen, parce qu'alors elles n'avaient rien de caractéristique et que nous n'avions à cette époque du traumatisme, aucune raison pour rechercher ces symptômes.

2° Si la fracture du membre inférieur droit est bien consolidée, si le pied est en bonne position, les troubles fonctionnels et, en particulier, la force musculaire du membre, ne se modifient pas et le blessé est toujours obligé de se servir de deux béquilles pour marcher.

Or, nous trouvons toutes les manifestations, du côté de la sensibilité générale et des sens spéciaux, de la névrose traumatique. Il existe une hémianesthésie droite au tact et surtout à la douleur : on peut transpercer les tissus à l'aide d'une épingle sans éveiller chez le blessé la sensation douloureuse. Le tact est très diminué de ce côté, il y a des *erreurs considérables de la localisation de la sensation* et enfin avec le compas de Weber on peut se rendre compte qu'il est nécessaire d'avoir un écartement des deux pointes de près de 12 centimètres pour que le blessé perçoive, à droite, deux contacts, tandis qu'à gauche il suffit d'un écartement de 4 à 5 centimètres. Il existe des zones d'hyperesthésie au niveau de la région lombaire et au niveau du vertex. Le réflexe pharyngien est aboli, les réflexes patellaires sont exagérés, le champ visuel est nettement rétréci à droite. Il y a diminution du même côté de l'acuité auditive ; la montre est perçue à 50 centimètres à gauche et à 20 centimètres à droite. Le dermographisme est très net. Nous constatons en plus une tachycardie persistante : le pouls oscille entre 100 et 120. Il y a une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde.

Il est nécessaire d'ajouter qu'au niveau du membre traumatisé les troubles de la sensibilité sont plus apparents que dans les autres parties du corps.

Nous ne décrivons pas à nouveau le siège de la fracture, la déformation du membre à ce niveau, nos constatations étant identiques à celle que nous avons déjà faites antérieurement. Nous trouvons cependant que l'atrophie musculaire ne s'est pas exagérée et que les mensurations du périmètre du membre inférieur gauche se sont maintenues depuis notre dernier examen.

Conclusions. — Le nommé C..., atteint de fracture des deux os de la jambe droite au tiers inférieur, à l'heure actuelle consolidée, présente tous les stigmates de la névrose traumatique et l'existence de cette névrose nous permet d'expliquer et de contrôler les troubles fonctionnels accusés par le blessé (douleur et impotence du membre traumatisé). Cet état général défectueux entraîne une aggravation du taux de l'incapacité permanente et partielle que nous avions fixée précédemment. Elle peut être évaluée à l'heure actuelle à la perte des 45 ou 50 pour 100 de la capacité au travail, sauf révision au bout de la période fixée par la loi.

OBSERVATION IV

D..., 39 ans, manœuvre.

Il a été pris sous des sacs d'os. Le traumatisme a porté particulièrement sur la tête, la poitrine et le bassin. Soigné pendant un mois à l'Hôtel Dieu, on constata des fractures de côtes à droite, accompagnées d'hémoptysies légères avec réaction de la plèvre sous-jacente. Il y a eu fracture du bassin et immobilisation dans une gouttière pendant un certain temps. Il y avait aussi, au niveau de la tête, une plaie, à l'heure actuelle cicatrisée, à un centimètre de la queue du sourcil, ayant trois centimètres de long. La cicatrice n'est pas adhérente et pas douloureuse.

Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, le blessé n'a pas pu reprendre ses occupations. Il se sent très faible, surtout du côté droit du corps.

Il prend des sortes de crises pendant lesquelles il lui est difficile de respirer et qui nécessitent l'emploi d'éther pour le ramener à son état normal.

Il accuse enfin des vomissements qui viendraient immédiatement après l'ingestion des aliments.

Son caractère est modifié, il a des troubles de la mémoire et une sensibilité très vive. Le sommeil est troublé.

A l'examen, nous retrouvons les traces de ses fractures de côtes.

L'auscultation du thorax dénote une respiration emphysémateuse avec quelques râles de bronchite aux bases. Il n'y a pas d'épanchement dans les plèvres. Le pouls est à 100 à la minute. Rien au cœur.

Il y a des zones hyperesthésiques très marquées au niveau des régions épigastrique et sacrée.

Nous ne trouvons plus de signe de fracture du bassin. La marche s'effectue bien.

Il présente un rétrécissement net du champ visuel, de la diminution de l'acuité auditive à droite. En explorant sa sensibilité, nous trouvons une hémianesthésie droite surtout marquée à la douleur. Une épingle peut être plantée dans les masses musculaires sans être senties par le blessé. *Il perçoit les sensations tactiles, mais il lui est impossible de localiser ces sensations. Il fait des erreurs de localisation très marquées.*

La force musculaire est très diminuée à droite.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Conclusions.—D..., à la suite de l'accident du 30 mai 1901, a été atteint de traumatismes en différents endroits du corps, à la tête, à la poitrine et au bassin.

Actuellement, il présente des troubles de la sensibilité tactile et sensorielle, de la perte de la force musculaire, des crises gastriques avec vomissements, en un mot, des accidents variés de l'hystéro-traumatisme. Jusqu'à ce jour, l'incapacité de travail a été complète. Une amélioration est possible et probable.

Nous considérons son incapacité de travail comme temporaire et, pendant encore au moins dix-huit mois ou deux ans, sa capacité au travail sera diminuée de 50 à 60 % environ.

Nous voyons quelle importance il y a à rechercher méthodiquement les troubles de la sensibilité.

Aujourd'hui, on commence à les bien connaître et il n'est pas un médecin qui examine un nerveux, quel qu'il soit, sans être armé d'une épingle. Il est vrai que, cette année même, au Congrès de Neurologie, M. Babinski a avancé que ces troubles n'existaient pas en réalité et qu'ils étaient créés par le médecin. Depuis qu'il a modifié sa façon d'examiner les malades, en se mettant de plus en plus à l'abri de la suggestion, il ne rencontre plus d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Pourquoi ? C'est parce que l'anesthésie est peut-être le stigmatisme que le médecin peut créer le plus facilement.

Mais, d'autre part, il est certain que si on examine la sensibilité d'un certain nombre d'individus normaux, on ne trouve pas ces troubles. Or, on les rencontre constamment chez les nerveux qu'on examine. Qu'ils soient provoqués par une suggestibilité extrême de ces malades, et que le médecin puisse, en prenant certaines précautions empêcher cette suggestion, ceci est bien possible, mais ne modifie en rien les conclusions d'un expert. M. Babinski nous a donné simplement une explication de ces phénomènes qui paraissaient contradictoires, à savoir qu'un malade qui a une anesthésie complète d'un membre peut se servir de ce membre aussi bien que s'il avait une sensibilité intacte. L'anesthésie, en réalité, n'existe pas, ou plutôt n'existe que dans l'imagination du malade suggestionné. Il est anesthésié comme l'est l'individu plongé dans le sommeil hypnotique, à qui l'on défend de sentir la piqûre.

Le médecin qui constate ces troubles doit être bien

fixé sur leur nature. Il conclura s'il les rencontre et si, partageant l'opinion de M. Babinski, il pense les avoir créés par son examen, qu'il a affaire à un individu éminemment suggestible. C'est ce qu'il cherche à prouver.

Tous les autres phénomènes qu'il relèvera chez son malade et qui le mettent dans l'impossibilité de travailler, sont de même nature. Nous le montrerons en étudiant l'étiologie de ces psychonévroses.

Jusqu'à présent, nous n'avons étudié que des troubles de la sensibilité purement subjectifs. Mais il peut exister aussi des troubles objectifs : ce sont les douleurs de toutes sortes que presque toujours ces malades accusent un peu partout, douleurs variables, impossibles à bien localiser, changeant de place d'un jour à l'autre, disparaissant aussi vite qu'elles sont apparues.

Il peut arriver, pourtant, que ces douleurs soient fixes, siégeant dans une région bien déterminée, empêchant souvent le malade de se remuer, car le mouvement les exaspère. On a appelé ces douleurs des topoalgies. Souvent, elles siègent sur le trajet d'un tronc nerveux. Ce sont alors de véritables névralgies. On peut observer ainsi des névralgies intercostales, faciales, sciatiques, lombaires. D'autres fois, on les observe au niveau d'une articulation. Ce sont des arthralgies réalisant souvent à s'y méprendre le tableau d'une arthrite.

Dans la plus grande majorité des cas, ces algies surviennent au niveau de la région qui a été traumatisée. Elles s'accompagnent souvent, dans cette

même région, de contracture ou de troubles de la sensibilité.

Elles ont une ténacité extraordinaire, résistent à tous les traitements et peuvent disparaître brusquement, surtout si le malade n'a plus rien à espérer de son traumatisme.

Elles peuvent coexister avec tous les autres symptômes qu'on trouve dans les psychonévroses traumatiques. C'est, ordinairement, en constatant ces autres troubles, qu'on sera mis sur la voie du diagnostic.

Nous publions ici, quelques-unes de nos observations de psycho névroses traumatiques où les malades présentaient des algies typiques.

OBSERVATION V

E..., 35 ans, cultivateur. Le 17 mars 1901, la voiture qu'il conduisait fut tamponnée par le tramway. Le choc fut très violent, au point que le cheval s'abattit et que le véhicule fut renversé. Lui-même fut roulé sur la route et eut le tronc serré entre un tas de cailloux et la voiture. Le poids de celle-ci portait particulièrement sur la région lombaire. Il fut obligé de s'aliter pendant 23 jours et, au bout de ce temps, il ne put reprendre ses travaux.

Il a été soigné par un médecin qui a constaté une plaie du nez sans gravité, une plaie du cuir chevelu qui a rapidement guéri, des contusions sur diverses parties du corps et en particulier, au niveau des reins et du ventre du côté gauche.

A partir du 2 juillet 1901, E... est soigné par le professeur P..., qui indique dans un rapport les différents symptômes qu'il accuse : maux de tête violents, perte de la mémoire, impressionnabilité très marquée, idées mélancoliques. La

pression sur le sommet de la tête était douloureuse et déterminait une sensation de boule. On provoque une douleur à la pression au niveau du dos, le long de la ligne épineuse surtout dans la région lombaire où il existe une véritable hyperesthésie. Le ventre est dur, légèrement ballonné. On trouve des phénomènes de ptose viscérale.

Un traitement, rigoureusement suivi par le blessé, fut institué.

Des modifications légères de l'état général se produisirent, mais certains symptômes persistèrent avec autant d'intensité qu'au début.

M. le professeur P..., dans un dernier certificat du 24 avril 1902, rattache tous ces phénomènes à des troubles nerveux très réels, imputables au traumatisme général dont E... a été victime, et il conclut : « J'estime, selon toutes probabilités, que trois ou quatre mois après la solution de la question qui l'intéresse, E... pourra reprendre sa vie habituelle et ses occupations. »

E... nous déclare qu'il a essayé de se livrer aux travaux habituels des champs. Il lui serait impossible de faire une marche de quelques kilomètres, sans être obligé de se reposer à plusieurs reprises. S'il veut soulever un léger fardeau, même élever les bras, une douleur violente s'éveille dans le flanc gauche et lui coupe la respiration.

Il a perdu la force musculaire du côté gauche. Après 18 mois de traitement, il reconnaît que son état général s'est amélioré mais que les douleurs persistent avec la même intensité, lui interdisant l'exercice de sa profession.

Avant l'accident, E... n'a jamais été malade. C'est un homme excessivement robuste. Sa consommation de vin ou d'alcool n'a rien d'exagéré.

E... est atteint d'un tremblement généralisé qui s'exagère dans les actes intentionnels. La figure est constamment couverte de sueurs. Au repos, même si la température est moyenne, on voit perler sur sa peau des gouttes de sueur. Très fréquemment il a des vomissements, surtout le matin

à jeun. Du côté de la peau, il y a un dermographisme très accusé.

S'il fait un effort, celui de se baisser pour ramasser un objet à terre ou de lever les bras en l'air, il est arrêté par une douleur vive qu'il localise dans le flanc gauche. Cette douleur lui coupe la respiration et en effet, on observe de la coloration de la face comme lorsque la respiration est gênée.

Nous n'avons trouvé du côté des poumons ou du cœur aucune altération. La zone douloureuse est exactement située dans la région lombaire, à gauche de la colonne, et s'étend en avant dans l'hypochondre gauche, au dessous des fausses côtes. Elle s'arrête nettement en avant et en arrière au niveau de la ligne médiane. La douleur est réveillée par le simple pincement de la peau. Si l'on insiste et qu'on produise une énergique dépression de la paroi abdominale, l'intensité de la douleur s'accroît au point d'arracher des plaintes au blessé. On sent alors les muscles de la paroi abdominale se contracturer dans un mouvement de défense.

Nous n'avons trouvé aucune lésion de la colonne vertébrale (carie ou mal de Pott). Nous n'avons pas senti de déplacement organique : rein flottant. Il y a un certain degré de ptose abdominale corrigée par le port d'une ceinture devenue indispensable au blessé. L'examen des organes des sens ne nous a démontré aucune atteinte. La sensibilité est un peu plus obtuse à droite qu'à gauche.

Les réflexes sont normaux.

Les urines sont normales.

E... a donc présenté tous les caractères de la névrose traumatique : perte des forces, céphalée vive, perte de la mémoire, amaigrissement, état mélancolique. Sous l'influence du traitement, ces symptômes fugaces se sont amendés, mais il subsiste avec la même intensité une névralgie excessive, localisée dans le flanc gauche et qui empêche le malade de se livrer à un travail de force.

Conclusions. — E..., à la suite de l'accident dont

il a été victime le 17 mars 1901 a été atteint de névrose traumatique. Après un traitement de 18 mois rigoureusement suivi, certains symptômes ont complètement disparu (maux de tête, perte de la mémoire et de la force musculaire, idées mélancoliques), une névralgie lombo-abdominale, très douloureuse, persiste et lui interdit les exercices de force que nécessite sa profession.

Toutes les présomptions médicales sont que la capacité professionnelle du blessé est définitivement atteinte et diminuée environ de 10 à 15 %.

OBSERVATION VI

F. . . , 29 ans. — Il nous raconte qu'il était occupé à soulever, avec d'autres ouvriers, des charpentes en fer du pont de l'Université. Il fut obligé de faire un effort considérable à un moment donné, un des hommes qui l'aidait ayant lâché prise. Il sentit quelque chose craquer dans le côté droit et la poutre chargée sur l'épaule droite l'aurait entraîné. Il serait tombé sur le flanc droit.

Il ne ressentit pas sur le coup de vives douleurs et put recommencer presque immédiatement son travail. Ce n'est que le 1^{er} mars qu'il se fit porter malade et qu'il lui fût impossible de continuer le travail. Il aurait uriné du sang pendant trois jours.

Les forces allèrent en déclinant progressivement. Le matin il est pris de vomissements. Il ressent dans le flanc droit des douleurs très vives surtout lorsqu'il veut faire un effort.

L'état général a été atteint; le blessé nous dit qu'il aurait maigri de 13 kilogs depuis le 1^{er} mars; il présenterait souvent de la diarrhée.

Pas de rétrécissement bien marqué du champ visuel; un certain rétrécissement du côté droit.

Pas de diminution de l'acuité auditive.

Réflexe pharyngien complètement aboli.

Le blessé annonce une sensibilité beaucoup plus nette du côté gauche que du côté droit où nous trouvons une anesthésie à la piqure qui s'étend sur 14 centimètres en hauteur et, en largeur, de l'ombilic à la colonne vertébrale.

Cette anesthésie existe à la piqure. Mais, si on serre la peau entre les doigts, on a de la douleur et de la constriction du côté de la gorge.

Il y a de la diminution de la force musculaire à droite, au membre supérieur.

Il y a exagération du réflexe rotulien, mais le réflexe crémasterien et le réflexe abdominal sont conservés. Il existe un dermographisme très marqué.

Conclusions. — F..., à la suite de l'accident qui lui est survenu, présente un état d'hystéro-traumatisme caractérisé par la perte de la force musculaire du côté droit du corps, de l'amaigrissement, des troubles de la sensibilité tactile et sensorielle et surtout l'existence d'une zone douloureuse au niveau du flanc droit (névralgie lombo-sacrée).

Cet état général et local se modifiera certainement lorsqu'il n'aura plus à se préoccuper du règlement de son indemnité et grâce à un traitement électrique approprié.

Il y a donc lieu de considérer l'incapacité de travail comme temporaire et comme devant se prolonger pendant une période variable de quatre à six mois. Il sera nécessaire de revoir le blessé au bout de ce temps, pour juger des modifications survenues.

OBSERVATION VII

G..., 42 ans, fut renversé par un fourgon ; les chevaux le piétinèrent et une des roues lui passa sur la face postérieure de la cuisse droite et au niveau de la fesse gauche. On le transporta à l'Hôtel-Dieu où il fut soigné par le Dr V..., « pour une contusion grave de la région dorsale

de la fesse du côté gauche, s'étant accompagnée d'un épanchement séro-hématique sous-cutané étendu des fausses côtes jusque dans la fesse du même côté. Cet épanchement n'est pas encore complètement disparu. Le malade a été atteint, en outre, de contusions légères de l'épaule droite et de la cuisse droite. »

1° D'après le blessé, la perte des forces a été très marquée et, depuis l'accident, il a beaucoup maigri, ayant perdu de son poids plus de douze kilogs.

Le blessé ajoute qu'il a uriné du sang, qu'il a eu une rétention d'urine qui a duré trois semaines environ et qu'il a encore actuellement des envies fréquentes d'uriner. Il est resté un mois à l'Hôtel-Dieu, puis pendant cinq mois, n'a pu marcher qu'avec un bâton; depuis quelque temps il s'occupe au chauffage d'une chaudière de trois chevaux et se trouve dans l'impossibilité d'accomplir les travaux de force nécessités par son emploi.

2° Il se plaint de perte de la force musculaire dans le bras droit et surtout de douleurs paroxystiques qui surviennent à la suite d'une marche ou d'un effort. Ces douleurs sont localisées, par le blessé, au niveau de la partie antéro-externe de la cuisse droite et de la fesse du même côté. Il dit que c'est semblable à une brûlure, « comme s'il avait un calorifère dans la fesse et la cuisse. » La crise dure de dix minutes à un quart-d'heure; elle ne se produit pas pendant la nuit, le blessé dort bien.

3° Nous constatons que la marche se fait normalement; il existe une atrophie très nette des muscles de la fesse droite, il n'y a pas de troubles trophiques du côté de la jambe ou de la cuisse, pas de perte de la force musculaire; les réflexes sont normaux. La sensibilité est altérée dans la partie antéro-externe de la cuisse et de la fesse. Il existe, de plus, à la pression, des zones d'hyperesthésie sur le trajet du nerf. Donc, nous nous trouvons en présence d'une névralgie du nerf fémoro-cutané, avec crises douloureuses paroxystiques au moment des efforts.

Du côté du membre supérieur, à part la perte de force musculaire qui n'est pas en rapport avec une atrophie marquée, nous ne trouvons aucune lésion articulaire au niveau de l'articulation scapulo-humérale.

L'état général est assez bon. Les urines ne présentent rien de particulier. Densité normale, ni albumine, ni sucre.

Conclusions. — G..., à la suite de l'accident du 11 juillet 1906, présente une névralgie localisée dans la fesse droite et la partie antéro-externe de la cuisse, avec paroxysmes douloureux au moment des efforts; de plus, il présente de la perte de la force musculaire dans le membre supérieur droit et des accidents persistants du côté de la vessie.

Il en résulte une diminution très nette de la capacité au travail qui durera encore pendant des mois, étant donné que la névralgie décrite est de longue durée et rebelle à tout traitement.

On peut estimer actuellement l'incapacité à la perte des cinquante pour cent de la capacité de travail.

OBSERVATION VIII

H..., 45 ans, maçon.

Cet homme nous raconte que, en soutenant la lambourde d'une charpente, il a été renversé du côté droit. Il se fit une blessure légère sur la face dorsale de la main gauche. Il ressentit surtout une douleur excessivement vive dans les reins et perdit connaissance un instant. Il lui fut impossible de reprendre son travail, étant donné les vives douleurs qu'il ressentait dans les reins et qui s'irradiaient en avant jusqu'au niveau du testicule droit. Dans la station debout prolongée, il se produisait, même du côté de cet organe, un gonflement et une dureté particulières. Depuis le 8 avril 1905, le blessé déclare que son état s'est peu modifié.

Il a été soigné par plusieurs médecins qui, dans leurs certificats qui nous sont présentés, déclarent qu'à leur avis H... est atteint d'une incapacité de travail, permanente et partielle.

2° Nous constatons que l'état général est bon. Il y a une adipose très marquée, aucun signe évident d'alcoolisme ni de susceptibilité nerveuse. La marche s'effectue sans boiterie, mais, dans les mouvements de flexion et d'extention du tronc, le blessé accuse des douleurs vives dans les reins et dans le flanc droit, s'irradiant jusqu'au testicule.

Il existe, en effet, une zone douloureuse que l'on met en évidence par la pression et qui siège au dessous des fausses côtes, sur une hauteur de 10 centimètres environ.

Le testicule droit est abaissé, il existe au niveau des bourses et le long du cordon une dilatation veineuse très marquée. Il n'y a pas de hernie au niveau de l'orifice inguinal droit.

La sensibilité dans la zone que nous venons de décrire est augmentée par place et diminuée en d'autres points.

En d'autres termes, nous relevons les signes d'une névralgie lombo-abdominale droite consécutive au traumatisme du 8 avril 1905.

Conclusions. — H... est atteint d'une névralgie lombo-abdominale droite. Cette affection, consécutive au traumatisme du 5 avril 1905, sera de longue durée. Il est impossible actuellement de dire que cet état est définitif et ne subira aucune modification.

Dans ces conditions nous croyons que H... est atteint d'une incapacité de travail permanente partielle, que l'on peut évaluer actuellement à la perte des vingt-cinq à trente pour cent de la capacité de travail, incapacité permanente partielle, susceptible de modifications à apprécier avant la fin de la troisième année.

OBSERVATION IX

I..., 48 ans, mineur.

Le blessé nous raconte qu'il a été renversé par une benne pesant 200 kilogs. Très probablement, le thorax et peut-être la tête ont été pressés contre la paroi de la mine. Il a perdu connaissance et ce n'est qu'au bout de 15 jours qu'il aurait repris connaissance. A l'hôpital où il fut soigné, on constata qu'il était atteint d'une contracture généralisée, que la sensibilité était très émoussée. Ces symptômes firent croire à une affection médullaire (hématomyélie).

Un premier expert établit que I... accuse des douleurs dans le membre supérieur droit, du côté de la poitrine et de la jambe droite. Ces symptômes subjectifs n'étant corroborés par aucun signe physique bien évident, l'expert conclut à la simulation ou à l'exagération. Il note une anesthésie du côté droit du corps dont il n'affirme pas l'évidence, l'intégrité des sens.

A l'heure actuelle, les symptômes se sont notablement modifiés et nettement affirmés, au point qu'à notre avis un diagnostic précis est possible.

L'attitude du blessé est toujours la même, il marche en boitant, s'aidant d'une canne; le membre supérieur droit est collé au corps, la main supportée par le gilet entr'ouvert. La marche ne s'accomplit pas comme chez les hémiplegiques, mais comme chez les malades atteints d'une affection douloureuse de la jambe (névralgie sciatique).

La tête se meut difficilement, elle semble immobilisée par un torticolis.

Si l'on veut imprimer aux membres droits des mouvements provoqués, le blessé éprouve de la souffrance spontanément, les mouvements s'accomplissent lentement et sont limités. La compression du point d'Erb, au niveau du

plexus brachial est douloureuse, le trajet des troncs nerveux fortement comprimé est douloureux à droite et, chose curieuse, nous notons une anesthésie complète au tact et à la piqure dans tout le côté droit du corps, exactement limitée à la ligne médiane sur toutes les parties du corps.

La sensibilité thermique est complètement abolie.

Les réflexes existent, mais sont atténués à droite. Le réflexe plantaire est aboli à droite.

La force musculaire est amoindrie. Il n'y a pas d'atrophie musculaire bien prononcée.

Du côté des sens, nous notons : diminution considérable de l'ouïe à droite ; la montre, appliquée sur le pavillon de l'oreille, n'est pas perçue ; même diminution à droite de la vue, de l'odorat et du goût avec anesthésie de la cornée et de la muqueuse olfactive et gustative.

Le réflexe pharyngien est conservé.

Pas de trouble des sphincters. Troubles psychiques : état de confusion mentale avec altération de la mémoire, cauchemars, bourdonnements d'oreilles, perte du sommeil, modification du caractère (état d'irritabilité), pas de troubles urinaires.

En somme, si nous ne trouvons aucun symptôme de lésions organiques systématisées, nous constatons les caractères bien précis de la névrose traumatique. L'évolution progressive des symptômes, leur persistance pendant plusieurs années, l'âge du blessé nous obligent à être très réservé sur le pronostic et à admettre une incapacité permanente et partielle.

Conclusions. — Le nommé I..., à la suite de l'accident dont il a été victime, a été atteint de névrose traumatique. Cette affection se traduit actuellement par une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit, avec parésie du système musculaire et hyperesthésie le long des troncs nerveux. L'incapacité de travail doit être considérée comme permanente et partielle. Il y a, à notre avis, perte définitive de la moitié, au moins, de la capacité au travail.

Troubles sensoriels. — Tous les organes des sens peuvent être compromis.

Du côté de l'ouïe, le malade peut se plaindre de bourdonnements d'oreilles, de douleurs dans une oreille. La surdité complète est exceptionnelle. Mais ce qu'on observe fréquemment, c'est la diminution ou la disparition de l'acuité auditive d'un côté. C'est l'hypoacousie latérale.

De même, du côté du goût, on peut constater une hémigeustie avec ordinairement de l'anesthésie de la moitié de la langue correspondante.

Du côté de l'odorat, on a en même temps de l'hémianosmie.

Les troubles du côté de la vue sont très fréquents. L'anesthésie cornéenne est couramment observée. L'amaurose unilatérale n'est pas rare. Quand elle existe avec une hémianesthésie, avec l'hypoacousie latérale, l'hémigeustie, l'hémianosmie, elle constitue le syndrome clinique de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle qu'on ne peut observer que dans la névropathie. « C'est, dit Bernheim une amaurose purement psychique. Le sujet voit avec sa rétine, il voit avec son cerveau. La première reçoit l'impression, le second par son centre cortical visuel la perçoit. Mais l'image virtuelle perçue, l'hystérique la neutralise inconsciemment avec son imagination : *oculos habet et non videt* ; il voit avec les yeux du corps, il ne voit pas avec les yeux de l'esprit. »

Le rétrécissement du champ visuel est un phénomène presque constant. C'est un rétrécissement régulier, mais qui ne gêne en rien la vision. Il est dû

à une anesthésie rétinienne qui se comporte comme toutes les autres anesthésies que nous avons déjà étudiées : la sensation est perçue, sinon consciente.

L'amblyopie hystérique peut s'accompagner de dyschromatopsie. Le malade perd la notion des couleurs. Harlain a cité l'exemple d'employés de chemin de fer qui après des collisions ne reconnaissaient plus la couleur des signaux.

Les muscles de l'œil peuvent présenter les mêmes troubles que tous les autres muscles de l'organisme : la paralysie déterminera l'immobilité du globe oculaire ; le spasme entraînera du clignement, ou du nystagmus.

Troubles viscéraux. — Du côté du cœur, on peut avoir des palpitations et même des crises de fausse angine de poitrine. Ce sont des raretés. Mais ce qu'on observe constamment, c'est l'accélération permanente du pouls, à 90, 120, même 140, inconsciente, sans aucun trouble fonctionnel.

Il peut y avoir des désordres digestifs, de l'anorexie, de la gastralgie, même des vomissements avec conservation de l'état général.

On a constaté quelquefois l'amoindrissement des fonctions génitales.

Tous ces symptômes que nous venons d'énumérer ne se montrent pas avec la même fréquence. Il y en a qui sont exceptionnels, ou rares. Il y en a d'autres qu'on retrouve dans presque tous les cas qu'on observe. Ils se groupent le plus souvent pour consti-

tuer des types cliniques qu'il est utile de connaître pour la pratique courante.

On peut distinguer trois grandes formes de psychonévroses traumatiques : une forme céphalique, une forme généralisée, une forme localisée.

Forme céphalique. — Dans cette forme, ce sont les troubles psychiques qui dominent, ou même qui existent seuls. Depuis plusieurs années, l'attention des auteurs avait déjà été attirée sur l'état psychique de ces malades et dès 1891, le professeur Lacassagne, dans la thèse de son élève Guillemeau, avait déjà donné une bonne description de ces troubles qu'il avait rattachés à un état neurasthénique.

Nous avons décrit, au début de ce chapitre, la céphalée paroxystique presque constante chez ces malades, les vertiges si fréquents, l'amnésie lacunaire si spéciale, les troubles de l'attention, de la volonté, de l'intelligence.

On pourrait encore appeler cette forme la forme dépressive, car ce qui frappe surtout, chez ces malades, c'est l'état de dépression vague, d'aboulie dans lequel ils sont plongés. Incapables de faire le moindre effort, ils restent tout le jour dans une immobilité complète. Ils présentent une tristesse profonde accompagnée d'impuissance morale, d'abattement, de découragement, d'apathie. Comme les mélancoliques, ils sont absorbés dans une incessante méditation : ils pensent constamment à leur accident, à ses suites. Ils en rêvent la nuit ; le jour cette idée devient une idée fixe. A cet état de dépression, peuvent s'ajou-

ter quelques idées de persécution : les patrons vont refuser de leur payer l'indemnité à laquelle ils pensent avoir droit, les juges vont les condamner, les médecins ne vont pas reconnaître leur incapacité. Dans le milieu militaire, il est fréquent de voir apparaître, chez des hystéro-traumatisés ces idées de persécution. Nous avons observé un soldat qui présentait une arthralgie névropathique post-traumatique, avec quelques troubles psychiques, qui avait été pris longtemps pour un simulateur, qui avait accompli pour cela plusieurs mois de prison, et qui présentait un véritable délire de persécution.

Les procès ne font qu'aggraver l'état de ces malades. Ce sont bien là réellement les symptômes procéduriers, si bien décrits par le professeur Lacassagne. C'est la première étape de la psychose qui s'établit et qui éclatera peut-être quelques années plus tard.

Mais ce n'est pas encore une psychose vraie, car la raison proprement dite n'est pas atteinte : le malade garde la pleine conscience de son état.

Forme généralisée. — Cette forme comprend les psychonévroses vraies, celles qu'on voit succéder aux grands traumatismes, aux blessures du crâne, aux commotions violentes. Ordinairement, on soigne le blessé pour les blessures apparentes qu'il présente on le panse, on l'immobilise si c'est nécessaire. Ce n'est que longtemps après son accident, quelquefois quand on le croit complètement guéri, qu'on s'aperçoit qu'il ne peut plus se lever, parce qu'il est paralysé, parce qu'il présente de la raideur musculaire.

En l'examinant, on trouve alors qu'il a des troubles de la sensibilité, quelquefois des troubles sensoriels. En même temps, on remarque que le psychisme du malade s'est considérablement modifié. Il pleure facilement ; il est triste, mélancolique. Il a quelques idées de persécution, quelquefois même de la confusion mentale.

Forme localisée. — Dans cette forme, les troubles psychiques, s'ils existent, car souvent on ne les constate pas, passent au second plan.

Il peut y avoir encore quelques idées mélancoliques, quelques légères modifications dans le caractère du malade. Mais, ce qui attire l'attention du médecin, c'est la paralysie qui s'est installée ordinairement au niveau du membre qui a été traumatisé, c'est une contracture que rien ne peut expliquer, c'est un tremblement, c'est une arthralgie persistante succédant souvent à un traumatisme insignifiant.

Ce sont là les principales formes qu'on peut observer, les cadres dans lesquels on pourra faire rentrer la plupart des cas qui se présentent, mais plus dans les psychonévroses traumatiques que dans toutes les autres affections, chaque cas a une allure spéciale. On pourra s'en rendre compte en lisant les observations que nous avons précédemment publiées.

CHAPITRE II

Étiologie

Le traumatisme qui est à l'origine des psychonévroses que nous étudions, ne semble jouer qu'un rôle accessoire dans leur apparition. Bien souvent, en effet, le traumatisme a été insignifiant. C'est une contusion légère qui a déterminé une paralysie ou une contracture rebelles. Dans les comptes-rendus officiels publiés après les grandes guerres par les chefs du corps de santé, on voit des soldats ayant, après des traumatismes parfois très légers, des monoplégies, des hémiplégies, des troubles de la sensibilité, etc. Charcot raconte le cas d'une femme qui vit se développer une paralysie hystérique de la main qui avait donné à un enfant un soufflet de violence modérée. Et, naturellement, dans ces cas, le patron suspectera la bonne foi de l'ouvrier qui accusera des symptômes si peu proportionnés avec son accident.

Cependant, il est des cas où le traumatisme joue

un rôle plus considérable : lorsqu'il porte d'une manière directe ou indirecte sur les centres nerveux ou sur la moelle épinière, quand, par exemple, un individu tombe sur la tête, ou bien reçoit un choc violent sur le crâne ou sur la colonne vertébrale. Il en est de même lorsque le traumatisme détermine un ébranlement de tout le corps, à la suite d'accidents de voiture, de chemin de fer, à la suite d'explosions ou de contusions violentes. Il n'est pas douteux que, dans ces cas, le traumatisme est le principal facteur. Vibert raconte que, dans l'accident du métropolitain, en 1903, où peu de voyageurs furent blessés, il n'observa qu'un seul cas d'hystéro-traumatisme : c'était un homme qui s'était blessé en tombant du trottoir sur la voie.

N'importe quel traumatisme peut s'accompagner de phénomènes névropathiques. Mais, peut-on dire que la nature du traumatisme importe peu, lorsqu'on voit avec quelle fréquence on observe des cas de psychonévroses à la suite des accidents de chemin de fer, à la suite d'éboulements, de tremblements de terre, d'écrasements, d'accidents produits par la foudre ou l'électricité ? Evidemment non. Et ce fait s'explique facilement, car, dans tous ces cas, le traumatisme s'accompagne d'une émotion violente et nous allons voir que l'émotion, plus encore que le traumatisme, est à prendre en considération comme cause déterminante de ces psychonévroses.

Il peut arriver que l'émotion soit l'unique cause et que le traumatisme soit absent. Ordinairement les deux se trouvent réunis.

Le traumatisme peut agir directement en produisant une lésion plus ou moins grave qui servira d'épine au traumatisme. Mais l'émotion agira, elle, sur l'imagination du blessé, l'impressionnera vivement, rendra pour ainsi dire nécessaire l'apparition de troubles qui devront être en rapport avec un aussi terrible accident. Comment, pour un individu prédisposé, et nous verrons tout à l'heure en quoi consiste cette prédisposition, pour un individu impressionnable et suggestible à l'excès, peut-il être possible de sortir indemne d'une catastrophe telle qu'un accident de chemin de fer, ou un tremblement de terre ? Pour cette même raison, les accidents produits par l'électricité se compliquent plus souvent que les autres de ces phénomènes nerveux ; ils sont accompagnés en effet d'une émotion considérable, du fait de l'étincelle électrique, du bruit, de l'éblouissement, du caractère mystérieux pour l'ouvrier de cette force qu'il emploie, mais qu'il ne comprend pas.

Le traumatisme et l'émotion, voilà, avons-nous dit, les deux grands facteurs qui vont causer les psychonévroses traumatiques.

Mais, cela ne suffit pas. Nous verrons tout à l'heure qu'il faut que ces facteurs agissent chez des individus prédisposés. Nous indiquerons en quoi consiste cette prédisposition.

Mais auparavant, recherchons chez quels sujets on observe avec la plus grande fréquence ces phénomènes. On les trouve plus souvent chez des hommes que chez des femmes, parce qu'ils sont plus exposés aux traumatismes. Ce sont ordinairement des sujets

jeunes. Ce ne sont pas, comme on pourrait le croire, les malingres ou les chétifs, les rêveurs que l'on trouve dans toutes les classes de la société, les intellectuels des milieux ouvriers, ceux qui lisent beaucoup et qui dirigent les autres qui vont s'auto-suggestionner en s'imaginant qu'un traumatisme grave doit être suivi d'accidents graves. Ce sont, le plus souvent, des ouvriers vigoureux, robustes, peu cultivés. « Il ne s'agit pas, nous dit Berbez dans sa thèse, de jeunes filles plus ou moins vaporeuses, mais de robustes terrassiers venant de la campagne et roulant des wagons dans les gares, de soldats retour du Tonkin, de bouchers vivant tous les jours dans le sang et le meurtre des animaux, partant difficilement suspects de nervosisme exagéré, enfin de forgerons peu impressionnables, d'ouvriers mécaniciens, de laveurs de vaisselle, de cochers de fiacre. »

On ne manquera pas d'objecter que, depuis la loi de 1898, ces psychonévroses traumatiques sont beaucoup plus fréquentes qu'autrefois et que bien souvent le médecin fait accorder des indemnités à des gens qui doivent être des simulateurs. Il y a cinquante ans, l'hystérie traumatique était à peine connue. Elle existait cependant. Elle était certainement beaucoup plus rare qu'aujourd'hui. Mais ce fait s'explique facilement. Nous avons déjà vu, en étudiant les troubles de la sensibilité, qu'on considérerait ces malades comme des hyper-suggestibles. Il ne leur manque que l'occasion pour voir se développer leur névrose.

Il peut arriver que le médecin, en examinant sans

précaution le blessé, soit cette occasion. Il est la cause de la suggestion en éveillant dans l'imagination du blessé l'idée de troubles qu'il pourrait avoir et qu'il ne connaissait pas. Pour M. Babinski, ces cas seraient beaucoup plus fréquents qu'on le pense.

Mais cela n'est pas nécessaire : prenons l'exemple d'un ouvrier d'usine. Il a pu assister à un accident banal survenu à un camarade. Cet accident a entraîné certains troubles de la sensibilité, de la motilité pour lesquels on a accordé au blessé une indemnité permanente. S'il n'a pas été témoin d'un fait analogue, il a pu en entendre parler par d'autres camarades, car ces phénomènes commencent à être connus du public, d'autant plus que l'attention du vulgaire est attirée vers ces anesthésies qui touchent au merveilleux. Qu'il lui arrive, à son tour, un accident semblable, et il se suggestionnera tout naturellement : pourquoi la même cause ne produirait-elle pas les mêmes effets ? Pourquoi, surtout, ne retirerait-il pas de son accident les avantages auxquels il croit avoir droit, l'indemnité qui fera de lui un rentier, misérable peut-être, mais rentier tout de même ? Il n'en faut pas tant pour faire apparaître, chez ce sinistré, les symptômes de la psychonévrose traumatique. Qu'à cela viennent s'ajouter les difficultés du règlement de l'indemnité, des procès interminables, ces symptômes se fixeront de plus en plus, car l'ouvrier aura à sauvegarder sa rente. Il ne veut pas guérir, il ne peut pas guérir, car il perdrait par là même tout le bénéfice de son accident.

M. Brissaud a donné le nom de sinistrose à cet

état mental bien particulier, « qui consiste en une inhibition très spéciale de la volonté ou de la bonne volonté. »

M. Lacassagne, en 1885, avait signalé ce fait. En 1891, il l'a étudié dans la thèse de son élève Guillemeau. La sinistrose de M. Brissaud n'est pas autre chose que ce que M. Lacassagne avait appelé les symptômes procéduriers.

Il n'est pas douteux que, pour voir apparaître, chez un ouvrier sinistré, ce tableau de la psychonévrose traumatique, il faut une certaine prédisposition individuelle. Autrement, comment expliquer qu'il y ait relativement si peu d'ouvriers victimes d'accidents du travail à présenter cette complication ?

M. le docteur Dabout n'a trouvé sur 303 cas d'accidents électriques, d'une intensité sensiblement égale, occasionnés par des courts circuits dans les machines motrices, à la Compagnie du chemin de fer métropolitain, pendant les années 1903, 1904, 1905, que 10 cas seulement, qui se soient terminés par de l'hystéro-traumatisme.

Il est très rare que l'individu présente avant l'accident des signes d'hystérie, car « l'hystérique s'ignore lui-même et est souvent ignoré à son entourage. »

La prédisposition peut tenir aux antécédents héréditaires: la syphilis, l'alcoolisme d'un père, le nervosisme, l'épilepsie, l'hystérie d'une mère sont des raisons prédisposantes au tempérament nerveux du futur hystéro-traumatisé.

« Les antécédents personnels somatiques sont plus importants et plus intéressants à étudier. Tan-

tôt, c'est une fièvre typhoïde à forme méningitique, cérébrale ou cérébro-spinale qui laisse une empreinte profonde sur tout un organisme et qui le rend plus sensible aux réactions nerveuses, tantôt c'est une fièvre éruptive, une scarlatine qui laisse un rein fragile avec tendance à l'albumine et aux intoxications capables de produire l'éclampsie ; tantôt ce sont des fugues observées pendant la jeunesse, de la chorée, des crises épileptiques ou hystériques même, que l'entourage appelle crises nerveuses et dont il évite de parler avec soin, qui favoriseront l'éclosion de l'hystérie à la suite d'un traumatisme. » (Dabout).

Mais, plus que les antécédents héréditaires ou personnels, ce qui fait la prédisposition, c'est le psychisme spécial de ces malades, leur facilité à s'auto-suggestionner, leur impressionnabilité, leur irascibilité, quelquefois leur amoralité. Pourrait-il en être autrement dans ces cas où les phénomènes nerveux n'apparaissent que plusieurs mois après le traumatisme, arrivant, si on peut dire, pour les besoins de la cause ? Et c'est avec une certaine raison qu'on a appelé la psycho-névrose traumatique « la névrose de l'assurance. »

CHAPITRE III

Diagnostic

Avant tout, le médecin expert devra poser fermement son diagnostic de psychonévrose traumatique et, pour cela, il est nécessaire qu'il examine longuement et complètement le malade. Mais cet examen devra être extrêmement prudent. Nous avons vu comment le médecin peut chez certains prédisposés créer de toutes pièces la névrose en éveillant dans leur esprit la possibilité de certains accidents. Pour quelques auteurs ces cas seraient très fréquents.

Le mieux c'est d'abord de laisser parler le malade sans lui poser de questions. Très souvent le médecin pensera à une psychonévrose traumatique possible en écoutant le malade. Il n'aura pas besoin de l'interroger, car de lui même le sinistre lui racontera tous ses malheurs, lui dira en exagérant comme c'est la règle, tout ce qu'il éprouve, en insistant beaucoup sur l'impossibilité où il est de travailler, sur son

insomnie, sur la perte de sa mémoire, etc. Dès lors le médecin expert devra être fixé et il devra examiner avec une très grande prudence le malade ; s'il s'agit d'un malade taciturne et silencieux, le médecin devra procéder prudemment à l'interrogatoire du malade. En règle générale toutes les fois qu'après un traumatisme le médecin est orienté vers une affection nerveuse il devra songer à la possibilité de la névrose et apporter la même prudence dans l'examen du malade. Son examen sera méthodique.

Il commencera par rechercher les troubles de la motilité, les tremblements, les paralysies avec ou sans contracture, les réflexes.

Puis il procédera à l'examen de la sensibilité. M. Max Egger nous indique comment il met en évidence une hémi-anesthésie qu'il soupçonne sans risquer de suggestionner le malade. Il lui fait copier un morceau de journal. Pendant qu'il se tient penché et absorbé sur son ouvrage, il lui administre à son insu des piqûres dans le côté gauche. Si le malade ne réagit ni aux piqûres, ni aux brûlures, ni aux incitations sonores du diapason, il conclut à une anesthésie.

L'examen de la sensibilité doit s'accompagner de l'examen systématique de tous les réflexes cutanés.

Ensuite, les troubles sensoriels doivent être recherchés méthodiquement.

Après cet examen bien conduit, le médecin expert pourra facilement faire le diagnostic différentiel entre une lésion organique et une psycho névrose. Jamais un hystérique ne réalisera totalement l'en-

semble des symptômes qu'un malade qui a une lésion anatomique devra présenter. L'hystérique aura toujours un point faible qui le trahira. Il est hémiplégique, par exemple, mais, au lieu de marcher en fauchant, comme un hémiplégique organique, il veut forcer la note en quelque sorte. Son membre inférieur n'est plus pour lui qu'une masse inerte et lourde qu'il traîne péniblement sur le sol. Presque jamais il ne présentera une paralysie faciale qui entraînerait pour lui une gêne considérable. Il sera facilement muet ou aphone ; on peut dire que, toutes les fois qu'après un traumatisme, le blessé est muet ou aphone sans avoir de lésion du larynx, on a affaire à un trouble névropathique.

Il est certains symptômes qu'il ne réalise pas, soit qu'il les ignore, telle que la dissociation syringomyélique, soit que leur réalisation lui soit impossible, comme la trépidation épileptoïde, le clonus de la rotule. Il pourra bien esquisser quelques secousses, mais il ne présentera jamais cette succession, pour ainsi dire indéfinie, de mouvements spasmodiques, qui constitue la véritable trépidation, et qu'on observe toujours chez les malades organiques qui ont de la contracture.

Le retrécissement unilatéral du champ visuel aura une grande valeur. S'il est bilatéral, il faudra faire un examen du fond de l'œil, car il peut être dû alors à l'œdème de la papille.

Enfin, toutes les fois qu'après un examen méthodique on se trouvera en présence d'une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle complète, on devra poser

le diagnostic de névropathie, car une lésion organique ne peut pas réaliser un semblable syndrome.

Comme on le voit, le médecin expert aura vite fait, s'il est méthodique, de classer le malade qu'il examine parmi les organiques ou parmi les inorganiques.

Ceci posé, et s'il a affaire à un inorganique, il devra s'assurer que ce blessé qui présente des troubles si bizarres, si peu en rapport souvent avec le traumatisme qu'il a subi, n'est pas un simulateur, car il viendra à l'idée de tous que cet homme simule les troubles qu'il présente afin de se faire allouer une rente, ainsi que le montre M. A. Charpentier : « Ce qui frappe surtout dans l'hystérie, c'est que, par la volonté et l'imagination, par la suggestion sur autrui, on peut reproduire rigoureusement tous ces troubles, on peut, en effet — et qu'elle actrice ne le fait admirablement ! — jouer les grandes attaques de nerfs, on peut même, pendant l'attaque, faire mousser sa salive et uriner dans ses vêtements, ce qui troublerait le médecin pour le diagnostic; on peut fabriquer une hémiplégie, une paralysie qui différeront des hémiplegies et des paralysies organiques par l'absence d'un certain nombre de signes, dont le caractère; involontaire, automatique, terriblement sincère, éclate aux yeux les moins prévenus; on peut n'émettre aucun son, ou parler à voix couverte avec un larynx et des muscles respiratoires en parfait état ».

Et il est bien certain que la psychonévrose traumatique peut être simulée : « C'est un fait connu

depuis longtemps que les troubles de l'esprit de toutes natures peuvent être simulés. Une représentation théâtrale du rôle d'un Léar, d'une Ophélie et d'autres nous le prouve. Malgré cela, il ne viendra à l'idée de personne de refuser aux signes de la psychose la valeur de symptômes objectifs. Les bons comédiens sont très rares et ils n'ont acquis du talent qu'après un exercice long, pénible et approfondi. Parmi nos ouvriers blessés où nos hommes de peine, il ne s'en trouve ordinairement pas, et je crois qu'il n'est rien de plus difficile que de simuler même approximativement des troubles psychiques. » (Oppenheim).

On peut plus facilement, peut-être, simuler les troubles moteurs, sensitifs ou sensoriels. On peut bien supposer qu'un accidenté, poussé par le désir d'obtenir une pension, apprenne certains symptômes. Mais la simulation sera toujours grossière et il est toujours facile de la dévoiler, même s'il s'agit d'un de ces « professionnels de l'hystérie pour lesquels cet état est un gagne-pain », et qui, croyons-nous, n'existent que dans l'imagination de certains médecins.

On a des observations de simulation. MM. Brisaud et Sicard nous racontent le cas suivant :

Une femme de 45 ans avait reçu un platras sur l'épaule droite. Vers le huitième jour après l'accident survint un œdème marqué du bras droit et la malade, impotente de son membre supérieur, intente un procès en dommages-intérêts contre l'auteur responsable de cet accident.

Elle se fait hospitaliser dans le service, 18 mois après le

traumatisme, pour bénéficier d'un certificat de séjour et de traitement à l'hôpital.

Le jour de l'entrée, l'œdème du membre est considérable, mais rien ne permet de soupçonner, au premier abord, la simulation. Cependant, un pansement maintenu depuis l'accident au niveau de l'épaule droite paraît suspect. On ordonne qu'il soit retiré, la malade manifeste une vive contrariété. Dans les jours qui suivent, l'œdème diminue notablement. A la fin de la première semaine de séjour, il réapparaît avec son intensité première. Une surveillance attentive fait voir que la malade s'enferme la nuit dans les water-closets et qu'elle se ligature bras avec un tuyau de caoutchouc pour gaz. On signifie l'excès de la malade. Elle est revue ensuite : l'œdème a complètement disparu, les mouvements du membre supérieur sont redevenus normaux.

Elle avoue l'issue heureuse de son procès : elle a touché 3.000 francs environ.

Les experts avaient conclu à un œdème hystéro-traumatique. La simulation devait être moins grossière que celle de l'œdème déterminé par le lien de caoutchouc. Elle devait se servir d'une pelote dure qu'elle glissait dans le creux axillaire, sur laquelle le pansement devait agir comme facteur de compression.

C'était une hystérique avec hémi-anesthésie superposée.

Mais ces cas, croyons-nous sont excessivement rares et, quand ils se présentent, il est toujours facile au médecin de démasquer le simulateur. Ce qui sera plus difficile, dans la plupart des cas, ce sera de convaincre le patron ou la compagnie d'assurances, et même les juges qui auront à trancher la question, de la bonne foi de l'ouvrier. Ils auront peine à considérer comme authentiques des symptômes mobiles, inconstants, d'aspect incohérent. « Et, pourtant,

comme le fait justement remarquer M. le médecin-major Chavigny, est-ce que ce ne sont pas précisément les caractéristiques de l'hystérie dont les symptômes sont bien, eux aussi, mobiles, inconstants, d'aspect incohérent ? »

Une autre particularité les porte à croire à la simulation : c'est la longueur de l'incubation qui s'écoule entre le traumatisme et les premiers accidents : c'est cette phase de méditation qui existe toujours et dont M. Brissaud a dit que c'était plutôt une phase de préméditation.

Aussi, dans son rapport, le médecin-expert devra toujours montrer qu'il a songé à la simulation possible.

Le mieux est d'observer le malade à son insu. Il faut bien l'observer pendant qu'il se déshabille. Peut-être surprendra-t-on ainsi quelques mouvements du membre paralysé. Il faut aussi examiner les chaussures du malade, car, s'il a depuis longtemps la paralysie qu'il accuse, s'il marche depuis plusieurs mois en traînant la jambe, en draguant, selon l'expression qu'on a employée pour désigner cette démarche, le soulier du côté paralysé sera plus usé que celui du côté sain. S'il a de la contracture et s'il marche sur la pointe du pied, l'extrémité de sa chaussure sera plus usée que le reste.

On essaiera encore de détourner l'attention du malade en le faisant parler, en lui donnant une occupation et, pendant tout ce temps, on l'examinera attentivement.

Tourdes conseille de faire une visite à l'improviste,

peu de temps après la première. « On trouvera peut-être le prétendu malade habillé, levé, et tout autre qu'à cette première visite qu'il ne croyait pas devoir se renouveler si souvent. »

M. Lacassagne engage l'expert à observer le malade quand il est sorti de son cabinet. Il pourra regarder, par la fenêtre, par exemple, la démarche, l'attitude qu'il aura dans la rue. Il pourra même le suivre ou le faire suivre.

On peut encore, comme on le fait dans les expertises militaires et comme on ne le fait peut-être pas assez dans la pratique médico-légale, en ce qui concerne les accidents du travail, prendre des renseignements auprès des personnes qui connaissent le malade, qui le voient journellement, qui l'ont approché avant son accident et qui ont pu assister mieux que n'importe qui aux modifications qui ont pu se produire dans son caractère et dans son état mental.

L'expert pourra ainsi montrer que telle paralysie n'est pas simulée. Il devra savoir que la paralysie hystérique peut disparaître pendant le sommeil.

Il prouvera que la contracture que présente un malade n'est pas voulue, en se servant du procédé de Charcot : il analysera, à l'aide du tambour à réaction de Marey, la contraction musculaire ; il prendra aussi un tracé respiratoire ; s'il a affaire à un simulateur le tracé du membre accusera la fatigue musculaire et le tracé de la respiration traduira l'effort destiné à en masquer les effets.

Il ne suffit pas, pour conclure à la simulation, de

voir, comme on l'a prétendu, une contracture céder à l'anesthésie; ou à l'application de la bande d'Es-march. Car, de pareils faits peuvent fort bien s'observer dans les contractures hystériques. D'ailleurs, le médecin-expert n'a pas le droit, dans le seul but d'éclairer son diagnostic et de déjouer la simulation, d'anesthésier son malade, pas plus qu'il n'a le droit de le plonger dans le sommeil hypnotique.

L'un des symptômes le plus ordinairement suspect de simulation, c'est l'anesthésie, il est facile de comprendre pourquoi : En effet, ainsi que nous l'avons montré, le malade accuse une anesthésie et n'en est pas gêné, il ne présente pas les accidents nombreux qui se produiraient fatalement si la sensibilité était en réalité abolie. On connaît l'histoire du malade de Janet qui répondait oui quand on touchait son membre sain, et non quand on touchait son membre anesthésié. Et, pourtant, ce n'était pas un simulateur. De même, on peut réveiller un hystérique en le pinçant sur une zone anesthésique. C'est, en effet, que la sensation est perçue, mais n'est pas consciente.

Le cerveau la neutralise et crée, comme dit Bernheim, « une illusion négative. » L'anesthésie chez l'hystérique est, selon l'expression de l'Ecole de la Salpêtrière, un stigmat, mais ne constitue pas un accident. Ce sont là des nuances que le profane acceptera difficilement, surtout lorsque son intérêt se trouvera en jeu. Avec un peu d'habitude et d'entraînement, dira-t-on, on peut bien supporter sans

se plaindre quelques piqûres, surtout, quand on a la perspective de toucher ensuite une forte indemnité. Nous avons même entendu des médecins parler ainsi. Nous pensons que ceci est absolument faux, et nous pouvons avancer qu'un sujet pincé ou piqué fortement, par surprise, ne peut pas réprimer un mouvement de défense, même s'il a bien ancré dans son esprit cette idée qu'il doit simuler une anesthésie complète, même s'il est entraîné depuis longtemps à cette simulation. Or, c'est ainsi, avons-nous dit, que nous recherchons les anesthésies, en détournant l'attention du malade selon le procédé de Max-Egger, et en le piquant fortement par derrière. Et nous avons pu découvrir, de cette sorte, chez des malades qui n'avaient jamais été examinés par un médecin, des anesthésies complètes, réelles, qu'on ne peut pas suspecter de simulation, et qu'on ne peut pas davantage, nous semble-t-il, nous accuser d'avoir créées par notre examen.

Nous avons d'autres moyens de dépister la simulation des anesthésies. Nous ne parlerons pas du réflexe pupillaire à la douleur qui consiste en une dilatation de la pupille au moment de la piqûre. Autrefois, on accordait une grande valeur à ce signe. Aujourd'hui, on sait que ce réflexe se produit dans les anesthésies hystériques, parce que, comme nous l'avons déjà dit, la sensation est perçue, sinon consciente.

Le signe de Mannkoff a une valeur plus grande : il traduit l'effort de celui qui résiste à la douleur sans se défendre et sans se plaindre ; il consiste en une

accélération des pulsations cardiaques, au moment de la sensation douloureuse. Cette accélération est, d'ailleurs, peu marquée. On aurait constaté, pourtant, une augmentation de 25, de 30 pulsations par minute. Mais, pour obtenir ces résultats, il doit falloir provoquer une douleur intense et prolongée, telle que la brûlure. Ce sont des procédés dignes de l'époque où la torture était en honneur, mais que nous rejetons complètement comme indignes d'un médecin.

Le signe de Müller est à la portée de tous : il consiste à placer deux doigts de chaque côté de la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale, assez rapprochés pour que le malade ne perçoive qu'une sensation. Que ce soit un simulateur ou un anesthésique réel, il accusera toujours la sensation ou, tout au moins, il devra l'accuser. Si on retire le doigt du côté non anesthésié, le simulateur continuera à percevoir une sensation comme avant : l'anesthésique ne sentira plus rien. Et le simulateur se laissera prendre facilement à ce petit stratagème.

Il est un point qui, à notre avis, devra avoir une grande importance, pour écarter, en présence de troubles de la sensibilité, le soupçon de simulation. Nous voulons parler des erreurs de localisation que nous avons signalées dans notre chapitre de symptomatologie.

Nous les avons recherchées systématiquement et et nous les avons observées avec une très grande fréquence. Il est vrai, qu'on peut les trouver aussi chez

des hémiplegiques organiques qui ont des troubles de la sensibilité. Mais jamais, chez un individu normal, nous n'avons constaté des erreurs aussi marquées que chez les malades que nous avons observés. Ce phénomène, quand il existe chez les hystériques, ce qui est rare, n'a jamais la même intensité, la même netteté que celui que nous avons constaté chez nos accidentés. Il nous semble que ce symptôme appartienne en propre à la névrose traumatique. Il faut savoir que l'éducation se fait assez vite. Après quelques examens, les erreurs de localisation sont moins marquées qu'à la première visite.

Malgré tout, nous avons là, nous semble-t-il, un bon signe, sinon pour dépister la simulation, du moins pour confirmer le diagnostic. Quand il s'agit d'une expertise aussi délicate que celle que nous étudions, le médecin légiste ne saurait négliger aucun signe, ne saurait rejeter aucun moyen qui l'aide à se faire une conviction à lui-même et à convaincre les juges qui l'écoutent. Son examen sera incomplet s'il n'a pas recherché les erreurs de localisation.

Tous les autres symptômes, bien moins pourtant que les troubles sensitifs ont été accusés de simulation. Il sera aussi facile que pour les troubles moteurs ou sensitifs, de découvrir la simulation, si on la soupçonne, car rien n'est plus difficile que de simuler parfaitement, même un phénomène très simple, tel que le retrécissement du champ visuel, par exemple. Le champ visuel d'un individu normal, retréci volontairement est des plus irréguliers et n'est pas comparable à celui d'un hystérique retréci, mais régulier.

Nous croyons qu'à part quelques très rares exceptions, la simulation n'existe pas. Il faut assurément y penser un peu, mais on est toujours trop porté à y penser trop. Il faut se rappeler le conseil de Bouveret : « Il ne faut prononcer le mot de simulation qu'à très bon escient et après une enquête minutieuse et prolongée. Je n'oublierai jamais les deux malades dont j'ai parlé et qui, tous les deux suspects de simulation, se sont suicidés au cours du procès qu'ils avaient engagé pour obtenir une indemnité. »

Mais, par contre, si la simulation est rare, l'exagération est fréquente. Nous avons vu que l'ouvrier a besoin de sa névrose pour obtenir la pension qu'il désire. Il ne veut pas guérir avant d'avoir obtenu satisfaction. Et, pour arriver plus facilement à ses fins, il aggrave volontiers un peu son état, décrivant des phénomènes douloureux qui n'existent pas en réalité, augmentant une contracture, une paralysie, accentuant une claudication, etc. Il peut même arriver encore à s'auto-suggestionner et à aggraver les symptômes qu'il présente en voulant les exagérer.

Devra-t-on tenir compte de cette exagération si on la découvre ? Non, assurément. Elle est naturelle chez ces sortes de malades. Elle est bien compréhensible. Elle ne change rien à leur état. Et il ne faudrait pas conclure de ce qu'un malade vous a trompé sur un point que c'est un simulateur. On sait que c'est là un véritable besoin chez les hystériques. Chez nos accidentés, à ce besoin de se rendre inté-

ressant, s'ajoute encore le désir d'obtenir une pension. Souvent cette exagération est, d'ailleurs, totalement inconsciente, déterminée par les soucis du procès. Dans ces conditions, l'expert ne s'étonnera nullement de constater un certain degré d'exagération dans les symptômes qu'il relèvera. Il se montrera optimiste et n'en tiendra pas compte dans ses conclusions.

CHAPITRE IV

Pronostic

Le diagnostic posé, le médecin expert devra encore donner son appréciation sur la marche et la durée de l'affection qu'il a reconnue. Il devra poser un pronostic, et ce n'est certes pas la partie la plus aisée de sa tâche. Dans toutes les expertises concernant les accidents du travail, le pronostic est difficile à établir. Mais, pour les psychonévroses traumatiques, il l'est plus encore que pour tous les autres cas, car il n'est pas une affection dont la terminaison puisse présenter autant d'imprévu. Aussi, le pronostic que portera l'expert devra-t-il être très prudent et très réservé. Il doit bien se garder de porter un diagnostic ferme, car il s'exposerait à commettre des erreurs, et il serait sûr de trouver des mécontents qui lui reprocheraient de s'être trompé.

Il devra toujours faire un diagnostic de probabilité :

il est probable que l'état de ce malade ne s'améliorera pas ; ou bien : ce malade doit guérir, mais il est impossible de fixer exactement la date de la guérison. Et, ainsi, le médecin-expert se mettra à l'abri de toutes les critiques, quoi qu'il arrive.

En général, les psychonévroses traumatiques n'abrègent pas la durée de la vie. Cependant, il y a des formes graves dans lesquelles les malades ont des idées de suicide et, s'ils ne sont pas l'objet d'une surveillance étroite, ils finissent par arriver à réaliser leur sombre projet. Ceci s'observe dans les formes très dépressives avec troubles psychiques très marqués.

Il y a des cas, rares heureusement, qui s'aggravent rapidement et pour lesquels il est possible de prévoir, dans une certaine mesure, l'aggravation. Ce sont ces formes céphaliques dans lesquelles les troubles psychiques dominent la scène et deviennent de jour en jour plus marqués pour aboutir à de véritables psychoses : les malades deviennent de plus en plus tristes, de plus en plus mélancoliques, et arrivent rapidement à la démence. Ils peuvent rester ainsi déments jusqu'à leur mort ou même s'améliorer et guérir complètement.

Il y a d'autres cas, moins graves, pour lesquels on n'a pourtant jamais vu la guérison. On en a des exemples ; il est vrai que ce sont des malades qui sont morts d'une affection intercurrente, huit ou dix ans après leur accident, et peut-être pouvait-on encore espérer leur guérison. M. le médecin-major Chavigny cite le cas d'un de ses malades qui, depuis

quatorze ans, n'a présenté aucune amélioration.

Pratiquement, de tels cas doivent être considérés comme incurables, bien que tout espoir de guérison ne soit pas perdu. Et rien ne peut faire prévoir une aussi longue durée. On a dit que c'étaient les soucis du procès, le désir de l'indemnité qui retardaient la guérison. Ce n'est pas douteux pour beaucoup de cas. Mais, dans celui que signale M. Chavigny, il s'agit d'un malade qui n'a à espérer aucune gratification et qui n'a pas besoin de gagner sa vie.

Ces cas sont exceptionnels. Mais, malgré tout, l'expert ne devra jamais, dans les conclusions qu'il présentera aux juges, assurer la guérison de son malade, car il se pourrait qu'il se trouve précisément en présence d'un incurable.

Ordinairement, au bout d'un certain temps, l'amélioration survient : c'est un malade qui a une forme localisée et qui gardera une notable faiblesse du membre qui avait été contracturé ou paralysé ; c'est un autre qui a une forme céphalique et qui continuera à avoir des troubles de la mémoire, ou bien de la céphalée persistante.

Toutefois, les malades qui guérissent sont la majorité. La guérison peut survenir après un an dans les formes de gravité moyenne, après deux ou trois ans dans les formes plus graves. Quelquefois la guérison ne survient qu'après cinq ou six ans. « Cette idée d'impotence, née en dehors du contrôle de la conscience, s'implante à la façon d'un parasite et n'est plus facilement expulsée » (Berbez).

La forme céphalique et la forme généralisée sont

plus longues à guérir. De même, il est certain que les contractures sont plus persistantes que les paralysies. Ceci résulte des faits observés. Mais l'évolution de la maladie n'est soumise à aucune règle fixe. Il est impossible de prévoir exactement sa durée.

Cependant, si on a constaté déjà une certaine amélioration, on peut porter un pronostic favorable, tout en restant prudent, car, ordinairement, lorsque l'amélioration commence, elle continue.

Le médecin expert pourra conseiller un traitement qui consistera dans l'hydrothérapie, l'électricité, l'isolement. Il essaiera surtout la suggestion. Il tentera, comme le conseille Dubois, de faire l'éducation de la volonté ou même de la raison. Mais, en présence des résultats obtenus, il ne semble pas qu'on doive accorder à cette thérapeutique une très grande confiance. On a tout essayé chez des malades qui ont mis plusieurs années à guérir. D'autres sont guéris en quelques semaines sans aucun traitement. L'expert pourra donc donner quelques conseils à son client. Mais il ne devra pas espérer obtenir la guérison par ces moyens; et surtout, il ne devra pas compter sur cette guérison possible pour faire un pronostic favorable.

Mais, il est cependant quelque chose qui, souvent, aura une influence énorme sur la guérison du malade : c'est la prompte solution qu'on donnera à son procès. C'est la liquidation définitive de sa situation. Beaucoup de malades guérissent après la termination du procès. Nous avons déjà montré, dans notre chapitre d'étiologie, la part que jouent dans l'éclosion de ces

psychonévroses les préoccupations du procès, le désir de l'indemnité, la hantise de la misère imminente.

Un hystéro-traumatisé de Baudo répondait à ceux qui s'étonnaient de le voir guéri un mois à peine après la terminaison du litige : « Que voulez-vous, on a mis sur moi un cataplasme de dix billets de banque de mille francs ; j'ai été guéri de suite. »

Raymond rapporte le cas d'un malade qui dansait au Moulin-Rouge, le lendemain de l'audience où une grosse indemnité lui avait été accordée.

Ces cas sont fréquents, la guérison n'est pas toujours aussi brusque, mais très souvent on note une amélioration marquée. Cependant la terminaison du procès n'est pas toujours aussi efficace, et Francotte a prouvé dans une thèse récente, que beaucoup d'hystéro-traumatismes n'ont fait qu'empirer malgré l'indemnité perçue et ont fini par aboutir à la mort dans le marasme au bout de trois ou quatre ans.

M. Brissaud prétend que ces guérisons dépendent en grande partie de la volonté du malade. « Quand je parle de sa volonté, ajoute-t-il, il va de soi que je parle tout autant de sa bonne volonté que de sa complaisance ». Il nous raconte l'histoire d'un berger atteint de contracture hystérique du membre supérieur gauche. Un médecin, commis pour l'examiner, déclare que ce sujet devait être considéré comme incurable pendant cinq ans au moins. Pendant cinq ans, sa contracture persista. Et, M. Brissaud ajoute : « Je suis convaincu que le jour où un jugement définitif viendra à déclarer que cet

homme n'est pas un infirme entièrement responsable de son infirmité et qu'il peut gagner sa vie en se donnant la peine de faire usage de sa main, le jour, en somme, où il devra renoncer à tout espoir de continuer à vivre sans faire autre chose que tenir son bras contracturé, à partir de ce jour là, il ne tardera pas à retrouver l'usage de son membre. Ce ne sera peut-être pas le jour même, mais il s'en faudra de peu. Le mal s'en va comme il vient, après une période de méditation. »

M. Brissaud a peut-être raison ; de même qu'on voit des guérisons le jour où la pension est accordée au malade, de même, on en verrait aussi, c'est bien certain, le jour où ces mêmes malades comprendraient qu'ils n'ont plus rien à espérer. Mais combien ne guériraient pas et seraient jetés, victimes du travail, dans la misère la plus terrible ? Car nous avons vu que la guérison était loin d'être la règle. Combien voit-on de psychonévroses survenir chez des gens qui n'ont à espérer aucune indemnité ? Et si le procédé de M. Brissaud peut réussir dans quelques cas, il échouerait bien souvent. Malheureusement, il est impossible de prévoir quand il pourra réussir : il faudrait pour cela connaître exactement quelle sorte de suggestion s'est produite chez le malade.

Dans ces conditions, nous estimons qu'il est inhumain d'appliquer un tel procédé. Nous avons affaire à des malades et non à des simulateurs. Quelle que soit la nature des troubles qu'ils présentent, ils sont au même titre que les autres accidentés, des victimes

du travail. Si on peut espérer les guérir en réglant définitivement leur situation, on ne doit pas négliger ce moyen. Mais on n'a pas le droit, pour arriver au même but, de les jeter simplement sur le pavé en refusant de les écouter.

CHAPITRE V

Évaluation des incapacités

Le médecin expert, après avoir examiné complètement son malade, a fait le diagnostic ferme de psychonévrose traumatique. Il a ensuite essayé de poser un pronostic. Mais, il lui reste encore une tâche délicate à accomplir. Il a à répondre aux juges qui lui demandent d'évaluer le déchet qu'a subi l'ouvrier du fait de son accident, de fixer le degré d'incapacité et la durée de cette incapacité. Or, si cette réponse est facile pour une fracture, pour une blessure quelconque, quand il s'agit d'une affection qui est surtout psychique, dont le pronostic est souvent impossible à faire, l'expert se trouve bien embarrassé devant les questions que lui posent les juges. « Toutes les difficultés médico-légales, dit M. Chavigny, pour cette affection si protéiforme et si variable dans sa gravité, viennent en effet de ce que le médecin doit accommoder ses certificats et ses con-

clusions à des textes de loi qui ne prévoient que des lésions matérielles à substratum anatomique. »

L'ouvrier qui présente une psychonévrose traumatique a certainement subi une perte de sa capacité au travail. C'est un infirme, mais ce n'est pas un incurable. Il peut guérir d'un jour à l'autre. Le difficile, c'est de fixer cette date probable de sa guérison. Nous avons vu, dans notre précédent chapitre, que c'était presque impossible.

Cependant, l'expert doit répondre au tribunal qui lui demande combien de temps durera l'incapacité de travail qu'il a constatée.

Le cas peut sembler facile : c'est un malade qui est en voie d'amélioration croissante ; sa paralysie regresse ou ses troubles psychiques s'estompent. L'expert alors fixe à un an ou à deux ans la guérison du malade. Il a bien des chances de se tromper et de voir, à l'époque qui a été fixée comme étant celle de la guérison, se produire une aggravation nécessitant un nouveau procès.

Vibert remet la solution définitive de l'affaire à une année. Pendant cette année, il peut examiner son malade, voir comment évolue son affection. Si, après ce délai, aucune amélioration ne s'est produite, l'expert doit déclarer l'incapacité permanente. Dans la grande majorité des cas, l'amélioration ne se produira pas dans ces conditions, parce que le malade continue à avoir les soucis que provoque chez lui son procès qui n'en finit plus ; il continue à s'inquiéter de son avenir ; il sent qu'il a besoin de rester malade pour obtenir la pension qu'il convoite. Il ne veut pas

guérir et il ne fait rien pour guérir. Nous avons déjà longuement décrit la mentalité de ces malades, cet état spécial que M. Brissaud a appelé la sinistrose. Comment espérer voir disparaître les symptômes procéduriers tant que le procès n'est pas fini ?

C'est pour cela qu'il faut faire rapidement la liquidation du procès. Il faut supprimer les expertises ultérieures et faire aussi courte que possible la procédure nécessaire. Le pronostic peut être considéré comme impossible. Il ne reste plus qu'une solution, c'est d'accorder à ces malades une indemnité permanente dans tous les cas, même dans ceux qui paraîtront peu graves et pour lesquels on pourrait espérer une guérison rapide.

Nous pourrions alors assister à l'amélioration qu'on voit presque toujours succéder à la liquidation du procès. Le malade qui n'aura plus ni soucis, ni inquiétude sur son sort, s'acheminera vers une guérison à peu près certaine.

Au bout de trois ans, sans que l'expert en indique la nécessité dans son rapport, le patron ou l'assurance demandera la révision du procès, comme la loi lui en donne le droit. On trouvera l'ouvrier guéri complètement, ayant recommencé à travailler comme auparavant. Dès lors, la révision sera facile : on conclura à la guérison complète et on retirera à l'ouvrier la rente à laquelle il n'a plus droit.

De cette façon, on sauvegardera et les intérêts du patron et ceux de l'ouvrier. En effet, on oblige peut-être le patron ou l'assurance à payer une rente pendant trois ans; mais on lui donne le maximum de

chances de ne pas payer cette rente indéfiniment et on lui évite les soucis de multiples procès.

On agit aussi dans l'intérêt de l'ouvrier. Le mieux, pour lui, c'est encore de guérir et on lui donne, ainsi, le maximum de chances de guérir en lui assurant une rente pendant trois ans. Si, au bout de ce temps, son état ne s'est pas amélioré, c'est qu'il est très gravement atteint. Il est alors bien probable qu'il ne guérira jamais ou qu'il ne guérira pas complètement. Dans ce cas, lorsqu'à la révision on ne constate aucune amélioration, il est évident qu'on devra, plus que jamais, lui reconnaître une incapacité permanente.

Il ne suffit pas d'évaluer la durée de l'incapacité, il faut aussi évaluer le degré de l'incapacité.

Dans la forme généralisée où le malade présente des troubles psychiques graves, qui font de lui presque un dément, en même temps que des troubles moteurs qui l'immobilisent et qui font de lui un infirme, on doit accorder à ce malheureux le maximum de l'indemnité à laquelle il a droit. Il est évident qu'il est devenu incapable de faire aucun travail, et on doit lui reconnaître une incapacité permanente totale.

La forme généralisée n'a pas toujours cette gravité. Souvent les troubles psychiques sont peu marqués, le malade peut se lever et marcher malgré un certain degré de parésie. C'est à l'expert d'évaluer alors approximativement la perte de la capacité au travail qu'a subie l'ouvrier.

Dans la forme céphalique, lorsque les troubles

psychiques sont très marqués, que la céphalée est vive, que la mémoire fait défaut, qu'une attention soutenue, même de quelques minutes, est impossible, on devra, malgré le bon état physique, accorder une forte indemnité, en reconnaissant au malade une incapacité d'environ 60 ou 70 o/o.

De même, dans la forme localisée, si on a affaire à un malade qui présente une paralysie ou une contracture telle qu'il lui est impossible de sortir de son lit, on lui reconnaîtra aussi une incapacité de 60 ou 70 o/o.

S'il n'a qu'un membre paralysé ou contracturé, s'il peut se lever, marcher, son incapacité ne sera plus que de 20 ou 30 ou 40 o/o.

M. le Professeur Reclus nous dit qu'actuellement, dans tous les cas de faible gravité, on tend à considérer l'hystéro-traumatisme comme une infirmité permanente et partielle qui diminuait de 10 o/o la capacité professionnelle. Comme la rente allouée ne dépasse pas 100 francs, les compagnies d'assurances peuvent racheter cette rente par un petit capital une fois versé. « Cette somme rondelette, remarque M. Reclus, est souvent le procédé thérapeutique le plus sûr et le plus efficace. »

C'est là, assurément, un excellent procédé, mais qui ne nous paraît pas avantageux pour les compagnies d'assurances.

M. Duchaffour, magistrat au Tribunal de la Seine, a proposé d'accorder une indemnité permanente partielle dont le quantum serait évalué plus bas que ne le comporterait l'état du blessé, parce

qu'on escompterait l'amélioration qui se produirait plus tard. Mais cette amélioration peut ne pas se produire et la petite rente accordée, dans ces conditions, à de tels ouvriers, ne les sauve pas de la misère.

Nous n'avons pas à discuter ici la responsabilité du patron. La loi, sur ce point, est formelle. Comme le Tribunal de Saint-Quentin le proclamait dans un jugement qui a été confirmé par la Cour d'Amiens (26 juin 1900) : « Il importe peu que les lésions, conséquences d'un accident du travail, aient été aggravées par des maladies ou des infirmités préexistantes. La nouvelle loi édictée en faveur des ouvriers doit être interprétée, non dans un sens restreint, mais avec une largeur de vue qui réponde à son esprit. »

Donc, le patron n'aura pas, en présence de troubles aussi graves, consécutifs à un traumatisme souvent bénin, à invoquer le nervosisme antérieur du blessé, sa prédisposition. Sa responsabilité est complète et le médecin-expert n'aura à tenir aucun compte de l'état antérieur du malade.

Cependant, M. Balthazard dégage la responsabilité du patron, si le traumatisme est insignifiant, comme une piqure d'épingle, par exemple. Légalement il ne doit pas avoir raison et, même dans ce cas, le patron est responsable.

On commence à comprendre aujourd'hui, les conséquences de la loi de 1898, pourtant si juste et si légitime. Les patrons, poussés par les compagnies d'assurances, vont se montrer très exigeants sur le choix des ouvriers. Comme avant l'incorporation, la

visite médicale va devenir obligatoire pour celui qui se présentera à la porte d'un atelier, et tous les tarés, tous les nerveux, les émotifs, les épileptiques, tous les malingres et tous les infirmes, tous ces malheureux qui constituent le déchet d'une race, se verront fermer la porte des usines et des chantiers. Ils ne pourront pas vivre par le travail, comme c'est le droit de chacun et, poussés par la misère, aigris contre la société qui les chasse de son sein, ils s'en iront remplir les prisons, grossir l'armée innombrable des criminels et des vagabonds.

CONCLUSIONS

I.— Dans les troubles nerveux consécutifs aux traumatismes, les modifications périphériques et les impotences fonctionnelles s'accompagnent toujours de troubles psychiques plus ou moins marqués. Ces troubles psychiques méritent d'être recherchés d'une façon spéciale. Ils créent ce que M. Lacassagne, dès 1885, a appelé les symptômes précéduriers et M. Brissaud, en 1887, la sinistrose. Lorsqu'ils sont plus accentués, ils déterminent des névropathies post-traumatiques, qui sont de véritables psychonévroses.

II. — Nous avons distingué plusieurs formes : une forme céphalique où prédominent les troubles psychiques ; une forme localisée où l'on observe surtout des troubles périphériques et une forme généralisée.

III.— Au nombre des symptômes périphériques, nous avons noté les erreurs de localisation de la sensation tactile ou douloureuse, erreurs de localisation qui se

font toujours dans une même direction pour une même région. Ces erreurs considérables ne ressemblent en rien à celles que l'on observe chez les sujets normaux.

IV. — Nous avons insisté aussi sur la fréquence des algies : topoalgies, arthralgies, névralgies qu'on observe dans ces psychonévroses traumatiques.

V. — Suivant que nous avons affaire à telle ou telle forme, le pronostic est différent. On donne à ces malades une indemnité permanente partielle ou totale, avec révision du procès au bout de trois ans, comme la loi le permet, surtout lorsqu'il s'agit d'une forme généralisée avec symptômes psychiques très marqués.

Le Président de la Thèse,
A. LACASSAGNE.

Vu :

Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 novembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Académie Royale de Bruxelles, 1908. Discussion sur les névroses traumatiques.

ALAMARTINE. — Etude clinique et médico-légale des troubles nerveux consécutifs aux traumatismes. Th. de Lyon, 1889.

AZAM. — Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux. *Arch. gén. de Méd.*, 1881.

BABINSKI. — Discussion sur l'hystérie. Société de Neurologie de Paris, 1908.

— Emotion, suggestion, hystérie. *Revue de Neurologie*, 1908.

GILBERT BALLET. — *Société des Hôpitaux*, février 1904.

— Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau, 1881.

BALTAZARD. — Précis de Médecine légale, 1906.

BATAILLE. — Traumatismes et Névropathies. Th. de Paris, 1886.

BÉNÉDIKT. — Hystéro-traumatisme. Collège des médecins de Vienne, 1888 (Trad. in *Bulletin Médical*, 1888).

BERBEZ. — Hystérie et traumatisme. Thèse de Paris, 1887.

BERNARD. — Société de méd. des hôp., 1904.

- BERNHEIM. — Anesthésie hystérique, son mécanisme psychique. *Revue de Médecine*, 1901.
- BLUM. — De l'hystéro-neurasthénie traumatique.
- G. BÆRI. — Distribution des symptômes de la névrose traumatique. Leur généralisation. Dissimulation inconsciente. Congrès italien de méd. int., 1906.
- E. BLOCH. — Contribution à l'histoire des névroses traumatiques. *Medizinische Klinik*, 1906.
- BLUMENAU. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez les soldats. *Revue de Neurologie*, 1898.
- BOUCHARD. — Pathologie générale.
- BOYER. — La consolidation dans les accidents de travail, 1904.
- BRIQUET. — *Traité de l'Hystérie*, 1859.
- BRISSAUD. — La sinistrose. *Tribune médicale*, 1908.
- BRISSAUD et SICARD. — Hystérie. Troubles trophiques. Simulation. Société de Neurologie, 1907.
- BROUARDEL G. — Les accidents du travail. Paris 1906.
- BROUARDEL P. — Les blessures et les accidents du travail. Paris 1906.
- BURKHARDT. — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. *Revue de méd. de la Suisse Romande*, 1886.
- CÉNAS. — Importance de la question des névroses traumatiques au point de vue médico-légal. *Revue de Clinique et de Thérapeutique*, 1888.
- CHARCOT. — Cliniques sur les maladies du système nerveux.
- CHARPENTIER. — Les maladies nerveuses dans la pratique courante.
- CHAVIGNY. — Hystéro-traumatismes dans l'armée (Société de médecine militaire, 1908).
- CHAVIGNY. — Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail.
- DABOUT. — Hystéro-traumatisme et 'prédispositions individuelles. *Congrès des Sciences savantes*, avril 1906.
- DEBOVE. — Note sur l'hystérie traumatique et sur sa gra-

- tivité pronostique. *Bulletin de la Soc. de Méd. des Hop.*, 1887.
- DESTARAC, — Accidents du travail et Hystérie. *Languedoc Médico-Chirurgical*. Toulouse 1905.
- DUBOIS. — Psychonévroses et leur traitement moral, 1904.
- DUCHAUFFOUR. — Les accidents du travail, 1906.
- DUPONCHEL (E.). — L'Hystérie dans l'armée. *Revue de Médecine*, 1886.
- DURAND. — Des effets de la foudre chez l'homme. Th. de Paris, 1894.
- ERICHSEN. — On Railway and other injuries of the nervous system, 1866.
- FORGUE et JEANBRAU. — Guide pratique de Médecine dans les accidents du travail.
- FRANCOTTE. — Pronostic des hystéro-traumatismes. Thèse de Paris, 1907.
- GAUPP. — Influence de la législation allemande sur les accidents, sur le cours des maladies nerveuses et mentales. *Munchener Medicinische Wochenschrift*, 1906.
- GRANDCLÉMENT. — Hystéro-traumatisme oculaire. *Lyon Médical*, juillet 1904.
- GRASSET. — Hystéro-traumatisme. *Montpellier Médical*, 1888.
- GUILLEMAUD. — Les accidents de chemins de fer. Thèse de Lyon, 1891.
- GILLES DE LA TOURETTE. — *Société de Médecine légale*, avril 1888.
- L'Hystérie in Brouardel et Gilbert.
- GUINON (G.). — Les agents provocateurs de l'hystérie. Th. de Paris, 1889.
- GUIRONNET. — Psychoses traumatiques et accidents du travail. Thèse de Lyon, 1907.
- P. JANET. — Anesthésies systématisées. *Revue philosophique*, 1887.
- Etat mental des hystériques.
- KLEIN. — L'hystérie chez l'homme, 1886.

- LABADENS. — L'hystérie dans l'armée. Thèse de Montpellier, 1887.
- LACASSAGNE — Précis de médecine légale.
- LALLEMAND. — Un cas rare d'hystérie traumatique. Clinique de Bruxelles, 1905.
- LEGRAND DU SAULLE. — Les hystériques.
- LÉVY. — La rééducation et le traitement des névroses. *Journal des Praticiens*, mars 1906.
- LEYDEN. — Société de médecine interne de Berlin. Février 1888.
- LOMBROSO (Giacomo). — Sur un cas d'arthralgie psychique post-traumatique, 1906.
- JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Loi sur les accidents du travail. Ses modifications nécessaires. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.
- P. MARIE. — L'hystérie en Allemagne (*Progrès Médical*, 1907).
- MULLER. — Diagnostic des maladies simulées.
- OLLIVE et LE MEIGNEN. — Précis des accidents du travail.
- OPPENHEIM. — Die traumatische Neurosen.
- OPPENHEIM et THOMSEN. — Archives de Westphalie, Bd XV, Heft 2 et 3.
- OPPENHEIM. — Simulation dans les névroses traumatiques.
- PAGE. — Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nevroses shock. Londres, 1885.
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie, 1891.
- PITRES et VAILLARD. — Anesthésie, in Brouardel et Gilbert.
- RÉGIS. — Psychonévroses, *La Clinique*, 1907.
- RÉMY. — Cours de Chirurgie et de Médecine légale sur les accidents du travail.
- RENARD. — De la contraction hystérique traumatique, Thèse de Paris, 1886.
- RETSLAG. — Hysteria virilis. *Deutch Med. Zeitung*. Berlin, 1900.
- René SAND. — Simulation et interprétation des accidents du travail. Bruxelles, 1907.

- SCHNYDER (de Berne). — Définition et nature de l'hystérie.
XVII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.
- SOUQUES. — Etude sur les syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière, 1891.
- POUPON. — Revue critique des cas de paralysie hystéro-traumatique. *Encéphale*, 1886.
- QUINQUETON. — Hystérie chez l'homme. Thèse de Paris, 1886.
- RAYMOND. — Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, IV.
— Névroses et Psychonévroses. *Encéphale*, janvier 1907
— Considérations générales sur l'Hystérie. *Bulletin Médical*, 1907.
- RAYMOND et JANET. — Névroses et idées fixes.
- RECLUS. — Hystéro-auratisme et évaluation des incapacités. *Echo de la Médecine et de la Chirurgie*, 1907.
- SAURY. — Les fonctions du cerveau, 1891.
- RICHARD STERN — Ueber traumatische Entsehung innerer Krankheiten. Iéna, 1896.
- STRUMPELL. — Ueber die traumatische nevrosen. *Berlin. Klin.*, 1888.
- TARANTINI. — Les névroses traumatiques dans les rapports avec la législation italienne. *Giorn. med. del Reg. Esercito*, 30 avril 1907.
- TATY et CHAUMIER. — Psychoses liées aux accidents du travail. *Société des Sciences Médicales*, 1907.
- THOINOT. -- Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. Paris 1904.
- THOMSEN. — Vier Valle von traumatischer und reflexpsychosen. *Charité Annalen*, 1888.
- TOUMPOVSKY. — De la névrose traumatique et de la simulation. *Revue médicale Sibérienne*, 1907.
- VIBERT. — Précis de médecine légale, 1903.
— Accidents du travail, 1906.
— La névrose traumatique. Paris, 1892.

VIBERT. — Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer. Paris 1888.

— Pseudo-mensonges hystériques. *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1894.

— Compte-rendu de la catastrophe du Métropolitain de 1903. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mars 1905.

VOULET. — De la contracture hystérique. Thèse de Paris, 1872.

WINNER. — La névrose traumatique. *Ugeskrift f. Lager.*, 1906.

